

румянец на щеках и акроцианоз. Ушные раковины небольших размеров, расположены низко, деформированы; высокое «готическое» небо, молочные железы не развиты, слух снижен, психика не нарушена. При перкуссии границы сердца расширены влево на 1,5 см. На верхушке усилен I тон, выслушивается грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Такого же тембра, но менее интенсивный систолический шум определяется и над остальными точками, а также в межлопаточной области. В легких слышны в нижних отделах с обеих сторон отмечаются влажные приглушенные мелкопузырчатые хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 3 см. На ногах пастозность. Частота пульса — 98—100 уд. в 1 мин, мерцательная аритмия, дефицит пульса 16, АД — 17,3/8,0 кПа.

Рентгенография органов грудной клетки: воспалительная инфильтрация в легочной ткани не выявляется. Сердце расширено в поперечнике в обе стороны. В косых положениях увеличены левые и правые отделы. Пульсация аритмичная. Аорта без особенностей. В левом синусе жидкость.

ЭКГ — мерцание предсердий, тахисистолическая форма, гипертрофия левого желудочка, выраженные изменения миокарда предсердий и желудочков.

Анализ крови: Hb — 2,1 ммоль/л, л.— $5,6 \cdot 10^9$ в 1 л, э.—1%, п.—1%, с.—61%, лимф.—21%, мон.—11%; СОЭ — 25 мм/ч. Посев крови стерильный, формоловая проба отрицательная.

Анализ мочи: отн. пл.—1,016, белок — 0,33 г/л, лейкоциты — 2—4 в поле зрения, эритроциты — 30—40 в поле зрения. Общий белок — 78 г/л.

В последующем состоянии больной не улучшалось: на фоне постоянного субфебрилитета наблюдался подъем температуры до 38—39° в вечерние часы и ее снижение до нормы в утренние, сопровождавшиеся обильным потоотделением и выраженной слабостью. В посевах крови дважды высеяны зеленящий стрептококк и стафилококк. Анализ мочи: альбуминурия — 0,099 г/л, лейкоциты — 1—2 в поле зрения, эритроциты — 8—10 в поле зрения. На основании наличия врожденного порока сердца, отсутствия рентгенологических и клинических признаков поражения легких, гектической температуры, симптомов очагового нефрита по анализам мочи и данным посева крови мы поставили диагноз бактериального эндокардита на фоне врожденного порока сердца (недостаточность митрального клапана, аномальное впадение легочной вены в правое предсердие), мерцательная аритмия, нарушение кровообращения II степени. Синдром Шерешевского—Тернера.

Проведено лечение антибиотиками широкого спектра действия со сменой препаратов (ристоминци, линкомици, метициллин) в связи с их плохой переносимостью в комбинации с пресоцилом и антигистаминными препаратами. В стационаре больная находилась 79 дней, из них 75 дней получала антибиотики, так как при их отмене температура повышалась. За 4 дня до выписки температура нормализовалась, уменьшилась слабость, сердечбиение, одышка. Оставалась увеличенной печень, пастозность голеней. Выписана из стационара 15/V 1981 г. с улучшением.

Данное наблюдение синдрома Шерешевского—Тернера представляет интерес как редко встречающееся заболевание и поэтому неизвестное широкому кругу врачей. Кроме того, сведений об описанном выше пороке сердца, установленном при зондировании сердца и вентрикулографии, в литературе нами не найдено. Описания бактериального эндокардита в сочетании с синдромом Шерешевского—Тернера в доступной литературе нами также не обнаружено.

УДК 612.216.2

А. А. Пенкнович (Горький). К оценке должных величин жизненной емкости легких

Одним из неперемных условий правильной оценки функции внешнего дыхания является сопоставление получаемых при ее исследовании показателей с соответствующими должными величинами, то есть величинами, которые должны быть у совершенно здорового человека такого же пола, возраста и роста.

Важным показателем функции внешнего дыхания служит жизненная емкость легких (ЖЕЛ). Существует большое число формул, позволяющих определить ее должную величину. Однако нетрудно убедиться, что эти величины, рассчитанные по разным формулам, далеко не одинаковы. Подобное обстоятельство затрудняет сопоставление результатов исследований и вызывает необходимость в каждом случае устанавливать нормативы для процентного отношения фактических величин к должным.

В 1973 г. на симпозиуме по клинической физиологии дыхания, проходившем в Ленинградском НИИ пульмонологии, Н. Н. Канаевым были предложены формулы для расчета должных величин ЖЕЛ у мужчин и женщин, в наибольшей мере соответствующие требованиям функциональной диагностики (должная ЖЕЛ у мужчин = $0,052 \cdot \text{рост} - 0,028 \cdot \text{возраст} - 3,2$ (л), у женщин = $0,049 \cdot \text{рост} - 0,019 \cdot \text{возраст} - 3,76$ (л). Формулы предназначены для расчетов в системе ВТРС). Величины, рассчитанные по указанным формулам, в достаточно высокой степени совпадают с результатами фактически определяемых показателей ЖЕЛ у здоровых лиц. Это позволяет принимать за абсолютную норму отношение фактической ЖЕЛ к должной, равное

$100 \pm 10\%$ ($\bar{x} \pm 1,0\sigma$), а за нижнюю границу так называемой условной нормы — 85% должной ($\bar{x} - 1,65\sigma$).

Расчеты должных величин и сопоставление с ними фактических показателей функций внешнего дыхания, к сожалению, еще не нашли применения в широкой клинической практике, что, по-видимому, обусловлено необходимостью выполнения пусть несложных, но отнимающих время вычислений. В связи с рекомендациями Всесоюзного НИИ пульмонологии использовать формулы Н. Н. Канаева представилось практически важным разработать номограммы и для определения должных величин ЖЕЛ. Построенные нами номограммы представлены на рис. 1 *а, б*. Пользование ими не представляет никакой сложности. Должная величина ЖЕЛ определяется по точке пересечения прямой, соединяющей рост и возраст исследуемого.

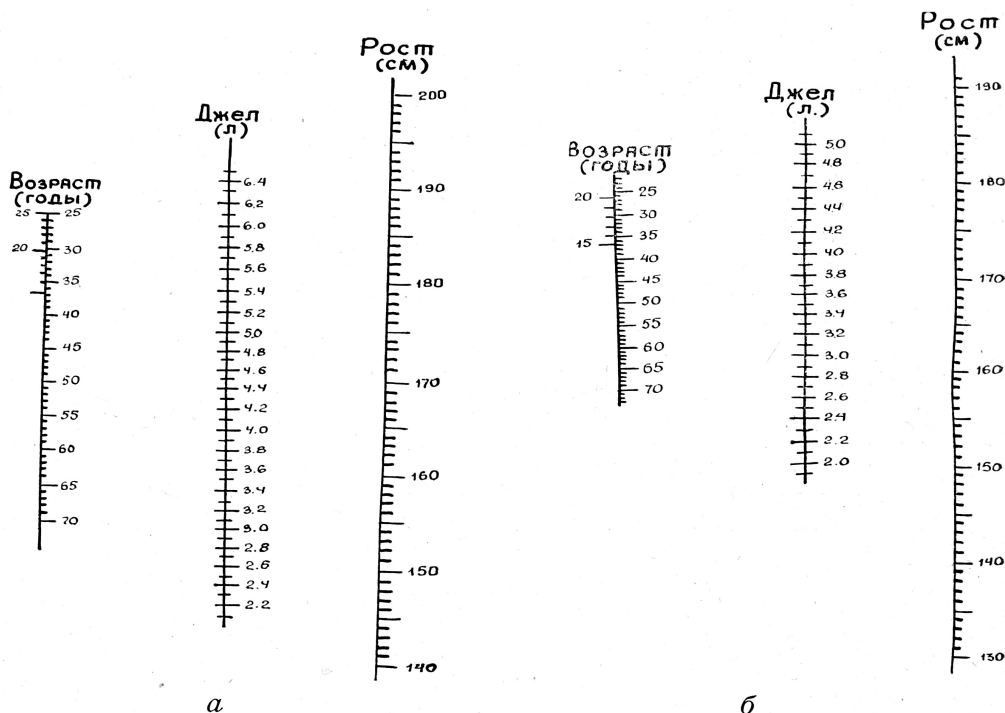


Рис. 1. Номограммы для определения должной жизненной емкости легких (ДЖЕЛ); *а* — у мужчин, *б* — у женщин.

При построении номограмм учтено, что формулы Н. Н. Канаева, как и любые другие формулы для расчетов должной ЖЕЛ, в основе которых лежит линейное уравнение регрессии, неточно отражают возрастные изменения данного показателя. У лиц в возрасте от 15—16 лет, у женщин в среднем до 22 и у мужчин до 25 лет ЖЕЛ не уменьшается, а нарастает и снижается лишь по мере дальнейшего увеличения возраста. Специальные исследования, проведенные нами у 87 совершенно здоровых подростков, показали, что при одинаковом росте у 15—16-летних девушек ЖЕЛ в среднем на 0,4 л, а у 17—18-летних — в среднем на 0,2 л меньше должной величины, определяемой для данного возраста по формуле Н. Н. Канаева. Еще в большей степени разница выражена у юношей: среди 15—16-летних она составляла в среднем 0,6 л, 17—18-летних — 0,25 л. Кроме того, у лиц в возрасте 20 лет ЖЕЛ примерно на 0,2 л меньше, чем в 25 лет, что следует учитывать при расчете должной ЖЕЛ. На основании всех этих сведений внесена соответствующая коррекция в разработанные нами номограммы.

УКД 616.716.85

К. М. Шагидуллина, Э. И. Боглаевская (Казань). Альвеолярный протеиноз

Альвеолярный протеиноз представляет собой заболевание неизвестной этиологии. В альвеолярных ходах и мелких бронхах накапливается белковое вещество, богатое липидами. Процесс, как правило, не сопровождается воспалительной реакцией. Отложение этого белкового субстрата отмечается только в легких. Источник образо-