

$100 \pm 10\%$ ($\bar{x} \pm 1,0\sigma$), 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.

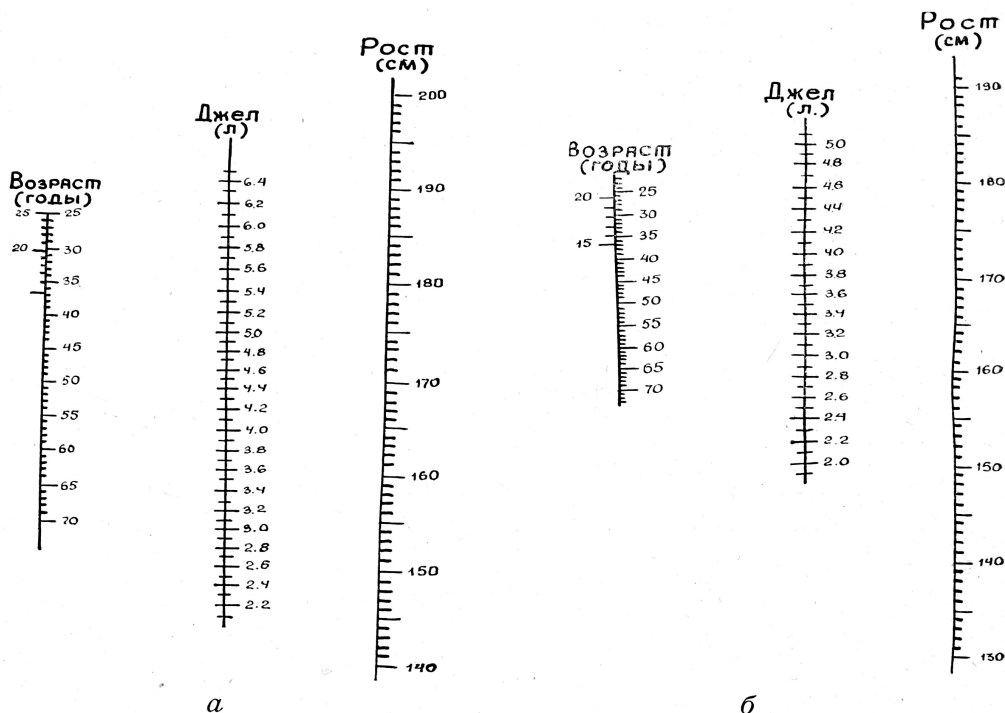


Рис. 1. Номограммы для определения должной жизненной емкости легких (ДЖЕЛ); *а* — у мужчин, *б* — у женщин.

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-

вания внутриаальвеолярного вещества еще не уточнен. Предполагают, что в его возникновении могут играть роль вирусы, микроорганизмы, химические раздражители, а также силиконовая пыль. Заболевание чаще встречается у мужчин, его обычно диагностируют у лиц среднего возраста.

Мы наблюдали за 4 больными с альвеолярным протеинозом (мужчин — 3, женщина — 1) в возрасте от 26 до 46 лет. Заболевание у всех больных началось остро: с подъема температуры тела до 39—40°, кашля, болей в груди, одышки. Двое больных многократно лечились в терапевтических стационарах. Двое других заболели за год до верификации альвеолярного протеиноза и также были первоначально госпитализированы в терапевтический стационар (диагноз «двусторонняя пневмония»). Отсутствие клинико-рентгенологической динамики заставило усомниться в этом диагнозе, и больные с подозрением на туберкулез были госпитализированы в противотуберкулезный диспансер.

Жалобы при поступлении в стационар у всех больных были одинаковыми: периодическое повышение температуры тела, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в груди, слабость, одышка, похудание. Данные физикального исследования во всех случаях оказались скудными: отмечалось незначительное укорочение перкуторного звука в нижних отделах над легкими. При аускультации выявлялось только жесткое дыхание.

Рентгенологическая картина во всех случаях была аналогичной: в обоих легких на фоне выраженной сетчатой деформации легочного рисунка просматривались множественные очаговые тени с нечеткими контурами средней интенсивности, местами сливного характера, более густо расположенные в средних и нижних отделах, корни структурны. У 2 больных определялась высокая СОЭ (36—25 мм/ч), у остальных — в пределах нормы. У 3 пациентов в крови выявлен лейкоцитоз от $10 \cdot 10^9$ до $13,7 \cdot 10^9$ в 1 л со сдвигом формулы влево. Только у одного больного было низкое содержание гемоглобина. При бронхоскопическом исследовании у 2 пациентов диагностирован неспецифический эндобронхит. При исследовании мокроты у одного больного однократно методом посева обнаружены микобактерии туберкулеза, что послужило причиной назначения длительной туберкулостатической терапии.

У всех больных выявлены выраженные функциональные нарушения: снижение жизненной емкости легких и фиксированной остаточной емкости, которое прогрессировало по мере возрастания дыхательной недостаточности. Вентиляционная рестрикция, уменьшение насыщения крови кислородом нарастали в течение нескольких лет. Альвеолярно-капиллярный блок, вероятнее всего, был вызван как уменьшением дыхательной поверхности, так и заполнением альвеол.

У всех больных отмечалось отсутствие динамики процесса после применения антибиотиков широкого спектра действия и кортикостероидов. Предварительный диагноз был поставлен на основании стойких симптомов с характерной рентгенологической картиной и отсутствием динамики на фоне антибактериальной терапии. Диагноз подтвердился открытой биопсией легкого. Макроскопически в легких определялись плотные сероватые очаги диаметром от 0,5 до 1,0 см. Легкое на ощупь было тестоватым. Гистологически: межальвеолярные перегородки тонкие, местами с мелкими очагами лимфоидных, гистиоцитарных элементов. В полостях альвеол содержится гомогенное или мелкозернистое содержимое.

Приведенные данные подчеркивают разнообразие клинико-рентгенологических проявлений легочно-альвеолярного протеиноза и трудности его диагностики.

УДК 618.14—089.818.1—02: [577.175.326+577.175.327]

С. П. Лекомцев (Горький). Влияние выскабливания эндометрия на уровень фоллитропина и лютропина

Было обследовано 16 женщин в возрасте от 20 до 50 лет с дисфункциональными маточными кровотечениями длительностью от 4 мес до 7 лет. Все больные жаловались на бесплодие, причем 3 женщины — на первичное, 13 — на вторичное. Эти данные свидетельствуют о наличии ановуляторных кровотечений у обследуемых больных. Почти у всех женщин в анамнезе были указаны частые инфекционные заболевания (грипп, ангина). У 11 больных отмечено позднее наступление менархе — в возрасте от 15 до 19 лет, что свидетельствует о возможной первоначальной неполноценности функциональных связей в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе еще в пубертатном периоде. У половины пациенток было обнаружено увеличение размеров матки.

Типичная клиника кровотечения (задержка — кровотечение) отмечена только у 7 больных, у остальных оно наступало в срок или раньше ожидаемых месячных. В связи с рецидивирующим характером заболевания у 8 обследованных выявлена гипохромная анемия различной тяжести.

Кровь для исследования брали из локтевой вены в одни и те же часы до выскабливания, на следующий день и через неделю после выскабливания эндометрия. Содержание фоллитропина (ФСГ) и лютропина (ЛГ) определяли радиоиммунологическим методом.

Гистологическое исследование удаленного эндометрия показало наличие пре-