

УДК 616—056.52

А. А. ТОРОСЯН

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПИКВИКА

За последние годы в литературе появился ряд сообщений о развитии легочного сердца у больных ожирением при отсутствии пораженных легких—синдром Пиквика. В 1956 г. Бурвел с соавт. [6] описал синдром, характеризующийся ожирением, сонливостью, эритроцитозом, повышенным аппетитом.

Описание случаев легочного сердца у больных ожирением встречается как в отечественной, так и зарубежной литературе [1—5, 7, 8 и др.]. Это заболевание характеризуется следующими симптомами: выраженное ожирение, сонливость, судороги, цианоз, эритроцитоз, правосторонняя недостаточность, высокое стояние диафрагмы, признаки снижения функций внешнего дыхания. В качестве иллюстрации приводим наше наблюдение.

Больной П., 66 лет, поступил с диагнозом ожирение II°, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность II А. Жалобы на одышку, общую слабость, отеки нижней части туловища и нижних конечностей, нарастание веса, повышение аппетита, сонливость, сердцебиение, головокружение, ощущение тяжести в области правого подреберья.

Объективно: лицо одутловатое, цианотичное. Подкожный жировой слой развит с избытком, особенно в области передней брюшной стенки. Анасарка на ногах. Грудная клетка бочкообразная, дыхательная экскурсия уменьшена с обеих сторон. В легких—ясный перкуторный звук и ослабленное великулярное дыхание, без хрипов (36 в мин.). Границы сердца увеличены *in toto*, с правосторонним преобладанием. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца учащены, фазовые интервалы сглажены. Пульс полный, твердый, 96 уд./мин., артериальное давление 160/90 мм рт. ст., венозное—250 мм вод. столба. Скорость кровотока цититомом («рука—легкие») — 35 сек. Живот увеличен в объеме за счет отложения жира в подкожной клетчатке брюшной стенки. Печень и селезенку не удалось пальпировать. Вес 119 кг, рост 164 см, проба Брока 119/164—100.

Кровь: Hb—106 ед., эр.—5500000, Fi—0,9, лейкоц.—7600, лейкоформула без особенностей; РОЭ—3 мм/ч.

Моча: уд. вес—1014., белок—следы, сахара—нет, микроскопия—без особенностей. Количество сахара в крови—110 мг%, остаточный

азот по Асселю—40 мг%, протромбиновый индекс—90%, реакция Вас-сермана—отрицательна.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: легочные поля без патологических изменений, куполы диафрагмы расположены высоко, экскурсия их уменьшена. Сердце расширено поперечно, пульсация вялая, учащенная, аорта склерозирована. На спирограмме установлено: жизненная емкость легких—2840 мл, задержка дыхания на вдохе—10 сек., на выдохе—5 сек. На электрокардиограмме установлена синусовая тахикардия (100 уд./мин.), изменение миокарда диффузного характера обоих желудочков, выраженная правограмма, гипоксия миокарда.

Клинический диагноз: ожирение II°, легочное сердце, правосторонняя недостаточность II А степени (синдром Пиквика), коронарный атеросклероз.

Больной получал следующее лечение: бессолевая диета, диафиллин, строфантин с 5%-ной глюкозой, кокарбоксилаза, тиреоидин, хлористый калий, салуретики, кислородный коктейль, камфора, кордиамин. В течение 48 дней стационарного лечения больной убавил в весе на 13 кг, приобрел бодрость, подвижность, значительно улучшилось самочувствие.

Некоторые показатели при выписке: артериальное давление—130/80 мм рт. ст., венозное давление—60—80 мм вод. ст. Кровь: Hb—90 ед., эр.—5460000, Fi—0,8, лейкоц.—5000, лейкоформула в пределах нормы, РОЭ—4 мм/ч., моча—в норме.

Заслуживает внимания тот факт, что наряду с уменьшением аппетита в моче нормализовались показатели уропепсина. Увеличивалась жизненная емкость легких (3520 мл), задержка дыхания на вдохе стала 17 сек., на выдохе—12 сек. Электрокардиографически было установлено: синусовый нормальный ритм, уменьшение явления гипоксии миокарда.

Больной выписан с значительным улучшением, продолжает принимать салуретики, сердечные и диетические средства в домашних условиях.

Дилижанская районная больница

Поступило 28/XIII 1971 г.

Ա. Ա. ԹՈՐՈՍՅԱՆ

ՊԻԿՎԻԿԻ ՍԻՆԴՐՈՄԻ ԴԵՊԶ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Պրակտիկ բժշկութեան մեջ որոշ սինդրոմներ, այդ թվում և Պիկվիկի սինդրոմը, այնքան էլ հաճախ չեն հանդիպում, բայց նրանց ճիշտ արտորոշումը և բուժումն ունեն կարևոր նշանակություն:

Պիկվիկի սինդրոմը բնորոշ է ճարպակալման հոգի վրա զարգացող թորարտային կոմպլեքսով, առանց թոքերի արտահանման: Մինչդեռ պրակտիկա-

յում հաճախակի հանդիպող թոր-սրտային կոմպլեքսին բնորոշ է թորերի խրո-
նիկական հիվանդությունների առկայությունը:

Նկարագրված այս մի դեպքը՝ Պիկվիկի սինդրոմով, հաջողությամբ բուժ-
ման է ենթարկվել, իրար հետ համակցելով դիուրետիկ, անալգետիկ, պսա-
կալանիչ, հորմոնալ, թթվածնային զերկողիղային և դիետիկ բուժական մի-
ջոցները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дроздова Е. Т., Зисельман С. В. Врачебное дело, 1968, 3, стр. 150.
2. Коган Б. Б. Клиническая медицина, 1962, 4, стр. 27.
3. Фесенко И. П. Врачебное дело, 1967, 11, стр. 127.
4. Auchincloss J. H., Cooke E. Jr., Renzetti A. D. J. clin. Invest., 1955, 34, 1537.
5. Birk X., Reimer E. F., Sutteratti G. Wein. Z. inn. Med., 1960, 41, 426.
6. Burwell C. S., Robin E. D., Whaley R. D. et al. Am. J. med., 1956, 21, 811.
7. Carroll D. Am. J. med., 1956, 21, 819.
8. Sieker H. O., Estes E. H. Jr., Kelsner G. A. et al. J. clin. Invest., 1955, 34, 916.