



ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ

Авторы: Н. И. Кокина

ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ [от *гипер...* и (лёгочная) вентиляция], избыточная вентиляция лёгких вследствие глубокого и/или частого дыхания при усилении деятельности дыхательного центра (в результате поражения головного мозга), перегревании организма, понижении парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе, метаболическом ацидозе (например, при уремии, сахарном диабете) и др. В норме кратковременная Г. может наступить при произвольном форсированном дыхании (гиперпноэ). При Г. происходит избыточное выведение из крови углекислого газа (гипокапния) с ухудшением кровоснабжения головного мозга и сердца, дыхательным *алкалозом*, повышением нервно-мышечной возбудимости (вплоть до судорог).

Важное клиническое значение имеет гипервентиляционный синдром (ГВС), описанный в 1871 американским врачом Дж. Да Коста (1833–1900) (известен также как френокардия, солдатское сердце, нейроциркуляторная астения, синдром Да Косты). ГВС рассматривают как один из клинических вариантов функционального нарушения дыхания. Выделяют 3 основные группы факторов, вызывающих ГВС: органическое поражение головного мозга; психогенное влияние (*депрессия*, *паническая атака* и др.); соматические заболевания (пневмония, эмболия лёгких, сердечная недостаточность, тяжёлая анемия), в т. ч. эндокринно-метаболические нарушения (диабетическая и печёночная кома, уремия и др.), интоксикации. ГВС встречается у 6–11% пациентов общей практики, преимущественно в возрасте 30–40 лет, чаще у женщин. Может наблюдаться у детей – 2,5–5%. Считают, что в 60% случаев ГВС имеет психогенную природу, в 5% – только органическую, в остальных – комбинации этих причин.

Важная особенность развития ГВС заключается в том, что даже при устранении его причин Г. сохраняется, гипокапнические нарушения газообмена стабилизируются и

формируется «порочный круг», в связи с чем симптомы ГВС могут существовать достаточно долго. Контроль вентиляции при ГВС нарушается кортикальными, гипоталамическими и симпатoadреналовыми влияниями.

Течение синдрома может быть острым (реже) и хроническим. Острый ГВС (собственно синдром Да Косты – развитие острой «психогенной» одышки у лиц с психоэмоциональным стрессом) протекает как «дыхательный криз», который характеризуется учащением дыхания до 30–50 в минуту («дыхание загнанной собаки»), резким снижением глубины вдоха и укороченным выдохом, что приводит к нарастанию остаточного объёма лёгких, снижению эффективности вентиляции, возникновению «воздушной блокады». Наряду с одышкой (встречается у 90–100% больных) отмечаются зевота, сухой кашель, боли в грудной клетке, экстрасистолия, тахикардия, сухость во рту, аэрофагия, тремор, головокружение, парестезии, головная боль; тревога, беспокойство, страх; возможны зрительные нарушения (от лёгкого помутнения до сужения полей зрения), иногда полная потеря зрения – т. н. истерическая слепота, мышечная слабость и боли, тремор. Может также наблюдаться субфебрилитет, потливость, снижение трудоспособности.

Лечение ГВС: психотерапия (рациональная; аутогенная тренировка); фармакотерапия (бензодиазепины, бета-блокаторы, трициклич. антидепрессанты, пиридоксин, препараты магния, кальция); релаксирующая дыхательная гимнастика. Прогноз наиболее благоприятен при острых формах гипервентиляции. После 12 месяцев лечения приблизительно у 75% больных устраняются все симптомы, у 20% – состояние значительно улучшается и в 5% случаев лечение не эффективно.

Литература

Лит.: Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М., 1998; Абросимов В. Н. Гипервентиляционный синдром в клинике практического врача. Рязань, 2001; Гриппи М. А. Патофизиология легких. 3-е изд. М.; СПб., 2001.