

Миогенные нарушения дыхания бывают при затруднении нервно-мышечной передачи (ботулизм, миастения, столбняк, послеоперационное действие миорелаксантов). Воспалительные изменения, врождённая и приобретённая атрофия мышц (например, у тучных людей), пороки развития, опухоли и кисты дыхательных мышц также способствуют альвеолярной гиповентиляции. На работу дыхательных мышц здоровый человек в состоянии покоя тратит 2% поглощаемого кислорода. При [тяжёлой физической работе](#), психо-эмоциональном возбуждении, шоке, **лихорадке**

эта величина может превышать 20%, что больше потребления кислорода головным мозгом или миокардом в этих условиях. Расстройства кровоснабжения дыхательных мышц (тромбоземболия, ДВС-синдром, гиповолемия) резко нарушают их работу.

▣ **Изменение объёма мёртвого пространства.** При дыхательных движениях часть вдыхаемого воздуха не доходит до альвеол из-за существования анатомического мёртвого пространства. Оно состоит из воздухопроводящих путей с относительно низким содержанием **кислорода**: трахеи, бронхов, бронхиол и носовой полости. Это пространство «мёртвое» только для газообмена, оно необходимо для поступления к альвеолам обогретого, увлажнённого и очищенного атмосферного воздуха, а также удаления «

отработанных

» газов. Средний дыхательный объём (500 мл) в 3 раза превышает мёртвое пространство, т.е. примерно 2/3 свежего воздуха доходит до альвеол при каждом спокойном вдохе. Однако вклад мёртвого пространства в объём дыхательных движений возрастает при поверхностном дыхании, бронходилатации и бронхоэктазах. Функциональный компонент мёртвого пространства — объём хорошо вентилируемых альвеол с недостаточным транскапиллярным кровотоком или низкой диффузионной способностью альвеолокапиллярных мембран. При этом вентиляция альвеол малоэффективна, поскольку аэрогематический обмен резко снижен.

Интересные статьи:

1) [Анемии при недостатке витаминов](#)

2) [Моноциты](#)

3) [Лимфомы](#)