

3. Амоаший Г.С. Комплексное рентгенорадиологическое и клинико-функциональное исследование больных обструктивными заболеваниями легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— СПб., 1992.
4. Гукон Б.А. Сократительная слабость диафрагмы и ее коррекция у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1987.
5. Зильбер А.П. Дыхательная недостаточность.— М.: Медицина, 1989.— С.262—276.
6. Федечкин В.В., Севрунова О.А., Стручков П.В., Манакова Е.Ю. // Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания, 2-й. Тезисы.— Челябинск, 1991.— С.296.
7. Чучалин А.Г., Айсанов З.Р. // Тер. арх.— 1988.— № 8.— С.126—132.
8. Aldruch T.K., Karpel G.P. et al. // Crit. Care Med.— 1989.— Vol.17, № 2.— P.143—147.
9. Dekhuijzen P.N.R., Folgering H.Th.M., van Herwaarden C.L.A. // Lung.— 1990.— Vol.168.— P.502—509.
10. Hofmeyr G.L., Webber B.A., Hodson M.E. // Thorax.— 1986.— Vol.41, № 12.— P.951—954.
11. Hornstein S., Guman S. // Spine.— 1987.— Vol.9.— P.850—863.
12. Laviety M.H., Grocela G.A. et al. // Chest.— 1988.— Vol.93, № 5.— P.1043—1048.
13. Palecek F., Nachazel G. // Z. Erkr. Atmungsorgans.— 1988.— Bd 170.— S.25—31.
14. Schmidt W. // Therapiewoche.— 1988.— Bd 38, № 22.— S.1645—1651.
15. Worth H. // Prax. Klin. Pneumol.— 1988.— Bd 42.— S.842—845.

Поступила 13.02.93.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1994

УДК 616.233-002.2-06:616.131-008.331.1

Ю.Н.Штейнгардт, Л.И.Волкова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ

Кафедра внутренних болезней № 2 Сибирского медицинского университета

COMPARISONAL ESTIMATION OF EFFICIENCY OF PRIMARY AND SECONDARY PROFILACXIS OF PULMONARY HYPERTENSION DURING CHRONIC BRONCHITIS

Y.N.Steinhardt, K.I.Volkova

S u m m a r y

The treatment-rehabilitational measures complex used systematically in patients with chronic bronchitis in 2—9 times decreases the frequency and the degree of progressing of the negative dynamics of pulmonary arterial pressure, the total pulmonary resistance, and the right ventricle work. During a year in average, pulmonary hypertension manifestis in 5 times rarely in rest. Treatment-rehabilitational measures are more efficient as primary profilacxis of pulmonary hypertension during normal values of pulmonary arterial pressure and resistance in rest than in the cases when the hypertension is already presented.

Р е з ю м е

Систематически проводимый больным хроническим бронхитом комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий в 2—9 раз уменьшает частоту отрицательной динамики легочного артериального давления, общего легочного сопротивления и работы правого желудочка, а также степень ее нарастания. В среднем за год в 5 раз реже появляется легочная гипертензия в покое. Лечебно-реабилитационные мероприятия более эффективны в плане первичной профилактики легочной гипертензии (т.е. еще при нормальных легочном артериальном давлении и сопротивлении в покое), чем в тех случаях, где гипертензия уже имеется (т.е. в плане вторичной профилактики).

Ранее нами опубликованы работы [1,2], в которых приводятся данные о том, что у больных выраженным диффузным хроническим бронхитом (ХБ), тем более обструктивным, общеизвестные систематические лечебно-реабилитационные мероприятия в течение 4—36 месяцев (в среднем 13 месяцев) в несколько раз уменьшают частоту отрицательной динамики измеренных прямыми и точными методами основных показателей состояния легочного кровообращения: легоч-

ного артериального давления (ЛАД) в 9 раз, общего легочного сопротивления (ОЛС) в 3 раза, работы правого желудочка (РПЖ) в 2 раза. А там, где отрицательная динамика все же имела место, она была менее значительной. Что касается положительной динамики, т.е. снижения ЛАД и ОЛС, то она за тот же период времени наблюдалась в 2 раза чаще, чем у аналогичных больных, которым лечебно-реабилитационные мероприятия не проводились. При этом в

первых наблюдениях легочная гипертензия (ЛГ) в покое впервые не возникла ни разу, а имевшаяся прогрессировала только у 10%, тогда как среди вторых увеличилась более чем в 50% наблюдений.

Было установлено также, что при систематическом приеме сосудорасширяющих препаратов — коринфара, финоптина, апрессина — ЛАД снизилось у 2/3, ЛГ уменьшилась у большинства, а у половины исчезла совсем и ни у одного больного не прогрессировала. В то же время при тех же лечебно-реабилитационных мероприятиях, но без назначения вазодилаторов, имели место случаи нарастания ЛАД, ОЛС, РПЖ и сохранения ЛГ. Эти и другие данные позволяют говорить о том, что включение в лечебно-реабилитационный комплекс сосудорасширяющих средств у 50—66% больных увеличивает эффективность профилактики ЛГ, а следовательно, и легочного сердца.

Известно, что ЛГ в покое у больных ХБ имеется не всегда, а только в 20—50% [3]. Остается не решенным важный вопрос: в каких случаях отсутствие систематического лечения и реабилитации оказывается наиболее неблагоприятным, а активное их проведение, наоборот, более эффективно?

Для этого мы сопоставили динамику измеренных путем катетеризации легочной артерии и радиоциркулографии с йодом-131 ЛАД, ОЛС и РПЖ у пациентов, которые не подвергались активному лечению и реабилитации — 11 больных ХБ с исходно нормальными в покое этими параметрами и у 6 пациентов с нарушенными (т.е. у лиц с ЛГ и повышенным ОЛС) и у 10 и 12 аналогичных больных, систематически получавших лечение. Наблюдение велось от 4 до 36 месяцев (в среднем 13 месяцев).

Оказалось, что у нелечившихся с нормальным ЛАД и ОЛС эти параметры в среднем высоко достоверно ухудшались: давление возросло на 13—24%, а сопротивление на 34—40%. В то же время у больных с ЛГ и повышенным ОЛС достоверной средней динамики не произошло. Что касается подвергавшихся активному лечению и реабилитации, то здесь среди лиц с исходно нормальной легочной гемодинамикой ее показатели в среднем достоверно улучшились: ЛАД

уменьшилось на 24—35%, ОЛС — на 25%, а РПЖ — на 34% от исходного. У больных с повышенным ЛАД и ОЛС достоверной динамики средних величин этих показателей не отмечено.

Обращает на себя внимание, что у больных без выраженных вначале нарушений легочной циркуляции достоверно изменилось систолическое и диастолическое давление в правом желудочке: без лечения оно повысилось на 20—25%, а у леченых, наоборот, снизилось на 22—29%.

Эти факты, даже несмотря на отсутствие достаточно убедительных различий в характере и степени индивидуальной динамики в сопоставимых группах больных, позволяют предположить, что у больных ХБ активные лечебно-реабилитационные мероприятия наиболее эффективны в плане первичной профилактики ЛГ, т.е. в тех случаях, когда ЛАД и ОЛС в покое еще нормальны, а при наличии ЛГ и/или высокого ОЛС, т.е. при вторичной профилактике, вероятно, менее эффективны.

Сравнительно небольшое число наблюдений из-за сложности использованных методов измерения показателей гемодинамики легких и трудностей стандартизации сравниваемых групп больных по многим другим параметрам делают это заключение пока только вероятным и требующим верификации. Тем не менее, оно обосновывает рациональность и даже необходимость активных лечебно-реабилитационных профилактических мероприятий в отношении ЛГ и легочного сердца у больных диффузным ХБ еще до начала явно выраженных нарушений легочного кровообращения в виде ЛГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н. Возможности активной диспансеризации в профилактике легочной гипертензии при хроническом бронхите // Тер. арх.— 1988.— № 1.— С.57—59.
2. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н. Легочная гипертензия при хроническом бронхите.— Томск, 1992.
3. Burrows В.А., Kettel L.I., Niden A.H. et al. // N. Engl. J. Med.— 1972.— Vol.286.— P.912—918.

Поступила 26.07.93