

УДК 616.24—005.3+616.12—008.331.1

Т. Г. САРКИСЯН

О СОЧЕТАННЫХ ФОРМАХ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Приводятся наблюдения о сочетанных формах гипертонической болезни и легочного сердца, дающие основание полагать, что гипертензия малого круга кровообращения не способствует подъему артериального давления в большом кругу, а в тех случаях, где все же гипертония возникает, течение ее благоприятно.

В клинике внутренних болезней довольно часто встречаются легочное сердце, гипертоническая болезнь и кардиосклероз. Однако о сочетанных формах указанных патологий в литературе почти нет упоминаний.

При разработке клинического материала клиники госпитальной терапии выяснилось, что атеросклероз коронарных сосудов и легочное сердце сочетаются довольно часто: 41% больных с легочным сердцем страдают одновременно атеросклерозом коронарных сосудов. С гипертонической же болезнью легочное сердце сочетается значительно реже, по нашим данным, примерно в 10% случаев; другие авторы это сочетание отмечают намного реже.

За три года (1970—1972) через клинику госпитальной терапии прошло 30 больных, страдавших легочным сердцем и одновременно гипертонической болезнью; повышение артериального давления в большом кругу кровообращения сочеталось у них с несомненными клиническими признаками гипертензии малого круга кровообращения. Все они страдали длительное время эмфиземой легких с хроническим бронхитом с более или менее частыми обострениями, в некоторых случаях хронической пневмонией, которые в дальнейшем привели к образованию легочного сердца.

При осмотре обращали на себя внимание цианоз кожных покровов и видимых слизистых, выраженный в различной степени, легочные явления, тахикардия, эпигастральная пульсация, свидетельствующая о гипертрофии правого желудочка; в некоторых случаях отмечалось усиление второго тона над легочной артерией; рентгенологически—выбухание дуги легочной артерии, усиленный рисунок корней и повышенная прозрачность периферических отделов легких, гипертрофия правого желудочка.

Гипертоническая болезнь, помимо повышения артериального давления в большом кругу кровообращения, проявлялась многообразными церебральными явлениями, коронарными нарушениями с приступами

стенокардии, в некоторых случаях с острой недостаточностью левого желудочка в виде сердечной астмы, изменениями глазного дна; у части больных наблюдались гипертонические кризы; имелись характерные рентгенологические и электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка.

В клинику больные поступили в связи с ухудшением общего состояния, обострением воспалительных легочных явлений или повышением артериального давления, иногда же с обострением обоих патологических процессов, особенно в тех случаях, где имелось поражение и левого желудочка.

Лечение проводилось комбинированное: в виде противовоспалительной терапии антибиотиками и сульфаниламидами; при обострении хронического бронхита или хронической пневмонии—спазмолитическими средствами, причем особенное предпочтение придавалось эуфиллину и папаверину, оказывающим хороший эффект на гладкую мускулатуру сосудистой стенки и бронхов; отхаркивающими, мочегонными, гипотензивными препаратами; широко применялось камфорное масло, кордиамин, в некоторых случаях назначались сердечные гликозиды (больным с начинающимися явлениями сердечной недостаточности) и сосудорасширяющими средствами.

Было установлено, что гипертония большого круга кровообращения сравнительно нетрудно поддается терапии. Уже на 2—3-й день наблюдалось значительное снижение артериального давления, в некоторых случаях к концу недели, и нормализация его, в то время как для смягчения болезненных явлений, связанных с гипертонией малого круга кровообращения, требовалось значительно больше времени. Подробно познакомившись с историей заболевания, мы установили, что длительность легочного анамнеза составляет в этих случаях 15—20 лет, а гипертония большого круга кровообращения появляется лишь в последние годы.

Из анализа описанных случаев можно было бы предположить, что гипертония в малом кругу кровообращения каким-то образом не способствует подъему артериального давления в большом кругу кровообращения, а в тех случаях, где она имеет место, гипертония большого круга кровообращения протекает более доброкачественно, значительно легче поддается терапии, артериальное давление не поднимается выше 200 мм рт. ст., систолическое и диастолическое—выше 120—130 мм рт. ст.

В связи с этим нельзя не упомянуть о данных П. Н. Юренева с соавт. [1], утверждающих о возможности возникновения вторичной легочной гипертонии у больных с атеросклеротическим кардиосклерозом. Утверждение это основывается на данных зондирования магистральных сосудов и полостей сердца, а также патологоанатомических данных, часто указывающих на гипертрофию правого желудочка в этих случаях, что является доказательством гипертонии малого круга кровообращения. Причем авторы отмечают четкую тенденцию к снижению артериального давления у гипертоников при развитии у них гипертонии малого круга кровообращения.

Ланг [2] чрезвычайную редкость гипертонической болезни у больных легочным туберкулезом объяснял наличием инфекции в организме, которая, как известно, способствует падению артериального давления.

Наличие инфекции, частые вспышки инфекционного процесса имеют место и при легочном сердце, так что это обстоятельство, по-видимому, играет роль в снижении артериального давления в большом кругу кровообращения. Однако мы предполагаем, что здесь имеет значение не только инфекция, а локализация ее в легочной ткани, так как по истечении некоторого времени инфекционный процесс купируется, а изменения в легочной ткани и бронхах в виде структурных ее изменений в определенной степени остаются.

Нужно отметить, что в некоторых случаях отмечалось более упорное течение гипертонической болезни, высокие цифры артериального давления (250/150 мм рт. ст.), трудно поддающиеся гипотензивной терапии, большие размеры сердца, хотя внешне они имели вид больных с легочным сердцем. Интересно, что гипертоническая болезнь в этих случаях имела большую давность (15 лет и более).

В данной работе мы отметили, что легочное сердце довольно часто сочетается с атеросклеротическим кардиосклерозом. Объясняется ли это тем, что оба заболевания являются болезнями пожилого возраста или другими причинами—выяснить это представляется чрезвычайно интересным.

Кафедра госпитальной терапии
Ереванского медицинского института

Поступила 24/IV 1973 г

Տ. Գ. ՄԱՐԿՅԱՆ

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԹՈՔԱՅԻՆ ՄՐՏԻ ԶՈՒԳԱԿՑՎԱՍ
ԶԵՎԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հիպերտոնիկ հիվանդության և թոքալին սրտի զուգակցված ձևերի դիտումները հիմք են տալիս ենթադրելու, որ փոքր շրջանառության հիպերտենզիան չի նպաստում մեծ շրջանառության մեջ ճնշման բարձրացմանը, իսկ այն դեպքերում, երբ դա առաջանում է, նրա ընթացքը բարեհաջող է:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Юренев П. Н. Терапевтический архив, 1966, 12, стр. 78.
2. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Л., 1950, стр. 215.