

4. Определение длительности механической систолы желудочков и ее фаз после нитроглицериновой нагрузки является чувствительным тестом для суждения о сократительной способности миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабский Е. Б., Карпман В. Л. В кн.: Проблемы современной физиологии нервной и мышечной системы. Тбилиси, 1956; Докл. АН СССР, 1956. — 2. Вовси М. С., Карпман В. Л. и Ходы-Заде М. Х. Тер. арх. 1958, 1. — 3. Карпман В. Л. Бюлл. эксп. и биол. мед., 1957, 5; Фазовый анализ сердечной деятельности. Медгиз, М., 1965. — 4. Минкин Р. Б. В кн.: Новые материалы по сердечно-сосудистой патологии. Медгиз, М. — Л., 1959. — 5. Чернов А. З. и Прокофьева З. Н. Тр. Военно-мед. акад., 1952, т. 33. — 6. Ярославцева З. Г. В кн.: Вопросы сердечно-сосудистой патологии. Астрахань, 1965. — 7. Brandt I., Caccese A. a. Dock W. Am. J. med., 1952, 12, 650—658. — 8. Sarnoff S., Mitchell I. a. o. Circul. Res., 1960, 8, 5, 1077—1091. — 9. Wegria R. Pharmacol. Rev., 1951, v. 3, № 2, 92—105. — 10. Russek H. I., Urbach K. F., Zohman B. L. JAMA, 1955, 158, 12, 1017—1021.

УДК 616.12—008.331.1—612.6.05

ЗНАЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО ФАКТОРА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Н. И. Гусева

*Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. А. И. Германов)
Куйбышевского медицинского института*

В зарубежной литературе имеется немало работ, в которых роль наследственности в возникновении гипертонической болезни преувеличивается; наследственность рассматривается как ведущий или даже единственный этиологический фактор данного заболевания (Пикеринг, 1956; Никитич, 1955; Д'Алонсо, Денсен, Манн, 1954).

Перера (1960) указывает, что только семейные факторы имеют значение в этиологии первичной гипертонии; по его мнению, психологические влияния, различные воздействия внешней среды не играют какой-либо существенной роли в происхождении гипертонии.

Многие советские ученые также придавали большое значение наследственности в возникновении гипертонической болезни, однако рассматривали ее не как основную, ведущую причину, а как предрасполагающий фактор. Приводились различные цифры частоты отягощенной наследственности. М. П. Кончаловский (1937) установил наследственное отягощение в 80,9%; Н. А. Толубеева (1943) — в 77%; Е. М. Тареев (1936) — в 72%; К. Н. Замыслова (1950) — в 31%; И. И. Сперанский, Е. В. Сулье, С. И. Биткова (1959) — в 46,5%. Имеются сообщения ряда отечественных клиницистов о наличии гипертонической болезни у всех или многих членов одной семьи (Г. А. Пандиков, 1927; Н. Д. Стражеско, 1940; А. Л. Мясников, 1960; В. И. Клеменов, 1959). Это обстоятельство некоторые авторы объясняют общностью условий жизни большинства членов семьи, влиянием одних и тех же неблагоприятных факторов внешней среды (Н. А. Левина, 1959; И. А. Рывкин, 1960; Г. Я. Мамаладзе, 1953; В. Н. Засухина, 1957). Но, очевидно, наряду с влиянием семьи, среды, условий жизни, играют роль и собственно генетические моменты в их взаимодействии (А. Л. Мясников, 1960).

До настоящего времени не решен вопрос о том, как создается наследственное предрасположение к гипертонической болезни. По мнению А. Л. Мясникова, происходит закрепление наследственностью влияний внешней среды на нервную систему и обмен веществ предков (по всей вероятности, на протяжении нескольких поколений).

Выявление наследственной отягощенности у больных гипертонической болезнью представляет известные трудности, так как они часто не знают высоты АД у членов семьи. Поэтому мы пользовались и косвенными указаниями на наличие у ближайших родственников некоторых сердечно-сосудистых заболеваний (внезапная смерть от кровоизлияния в мозг, инфаркт миокарда, симптомы сердечно-сосудистой недостаточности). Несомненно, что некоторые больные отрицали наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы и гипертонической болезни у членов семьи и ближайших родственников в силу незнания семейного анамнеза.

Нами изучено 963 больных гипертонической болезнью, находившихся на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии за период с 1953 по 1962 гг.

Гипертоническая болезнь у одного или обоих родителей больного была у 223 (23,2%); у родителей и братьев или сестер одновременно — у 48 (5%); только у сестер или братьев — у 56 (5,8%). Следовательно, гипертоническая болезнь среди ближайших родственников отмечена у 327 больных (34,0%). Заболевания сердечно-сосудистой системы у родителей были у 183 больных (19,0%), то есть у 510 наших больных (53%) были данные о патологической наследственности.

Необходимо, однако, отметить, что большинство из них указывало на неблагоприятные условия внешней среды, психическое перенапряжение и т. д. Поэтому можно предполагать, что основным фактором развития гипертонической болезни у лиц данной группы явились неблагоприятные внешние условия, которые, возможно, послужили толчком к развитию заболеваний у людей с неустойчивой нервной системой. Роль наследственности в этих условиях сводится к более раннему выявлению и более тяжелому течению гипертонической болезни.

Признание за наследственностью predisposing фактора в возникновении гипертонической болезни открывает широкие возможности для профилактики: при наличии неблагоприятного семейного анамнеза в отношении гипертонической болезни и некоторых других заболеваний нервной и сердечно-сосудистой систем необходима диспансеризация членов семьи, особенно молодых, с целью более раннего выявления гипертонической болезни и проведения необходимых лечебно-профилактических мероприятий для предотвращения прогрессирования заболевания.

Так как наследственное предрасположение часто является только почвой, способствующей развитию гипертонической болезни под влиянием неблагоприятных условий внешней среды, то соответствующим воздействием на эти условия (улучшение условий труда и быта) удастся предотвратить реализацию патогенных наследственных факторов.

Представляют интерес особенности клинического течения гипертонической болезни у лиц с наследственной отягощенностью.

Начало заболевания у них относится к более молодому возрасту; как систолическое, так и диастолическое давление у таких больных при поступлении было несколько выше (196/116), чем у больных без наследственной отягощенности (180/105). Средний уровень холестерина в группе лиц с отягощенной наследственностью был выше, чем в группе без наследственной отягощенности (соответственно 197,0 и 186,28).

Нами изучено 200 больных, состоящих под наблюдением в кабинете-диспансере при поликлинике № 5 более 3 лет. У 100 из них имелось наследственное предрасположение, у 100 оно отсутствовало. Все больные имели I ст. заболевания.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий в группе больных с наследственной отягощенностью ниже, чем в контрольной. Так, в первой группе выздоровление наступило у 18%, улучшение — у 27%, во второй соответственно у 34% и у 41%. Частота же прогрессирования заболевания у больных первой группы оказалась в три с лишним раза выше, чем во второй.

Выздоровление 18 больных с наследственным отягощением свидетельствует о том, что, по-видимому, и при этих условиях основное значение имеет не столько наследственный фактор, сколько влияние внешней среды, неблагоприятные условия которой и реализуют наследственную «готовность» к гипертонической болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н. И. Тез. докл. XII научн. сесс. Куйбышевского мед. ин-та. Куйбышев, 1963.
2. Замыслова К. Н. Клиническая характеристика и классификация основных форм гипертонической болезни. Автореф. докт. дисс., Горький, 1950.
3. Засухина В. Н. Первичные и вторичные гипертонии у детей и подростков. Автореф. докт. дисс., М., 1957.
4. Клеменов В. И. Врач. дело, 1959, 7.
5. Кончаловский М. П. Тер. арх., 1937, 5.
6. Левина Ц. А. Тр. Одесской обл. научно-практической конф. по ревматизму и сердечно-сосудистым заболеваниям. Одесса, 1959.
7. Мамаладзе Г. Я. Тр. II расширен. научн. сесс., посвящ. пробл. гипертонической болезни. Тбилиси, 1953.
8. Рывкин И. А. Клин. мед., 1960, 12.
9. Сперанский И. И., Сулье Е. В., Биткова С. И. Тер. арх., 1959, 9.
10. Сперанский И. И. и Беляева Н. К. Клин. мед., 1960, 12.
11. Стражеско Н. Д. Клин. мед., 1940, 5.
12. Толубеева Н. А., Флегонтова Е. П. и др. Клин. мед., 1943, 12.
13. Перера Дж. А. Современные проблемы кардиологии. Медгиз, М., 1960.
14. D'Alonzo C. A., Densen P. M. а. Mann M. G. Industr. Med., 1954, 23, 491—496.
15. Nikitits N. Arch. Mal. Coeur, 1955, 18, 8, 582—599.
16. Pickering G. Acta cardiol., 1956, 6, 22—24.