

физиологическая и патологическая гетерогенности имеют пограничные процессы, про которые трудно сказать, будут они или нет разрушительными для организма.

Критикуя точку зрения Эрлиха на организм, уместно вспомнить другое высказывание по этому вопросу. И. И. Мечников в своих знаменитых этюдах о природе человека выдвинул идею о дисгармониях организма. Он указывал на существование в организме различных атаксистических органов. По его мнению, это дисгармония, способствующие ускорению процесса естественного старения организма.

С принципиальной стороны точка зрения Мечникова является правильной, а взгляд Эрлиха — нет.

На самом деле в явлениях дисгармоний, описанных Мечниковым, и в процессах гетерогенности, устанавливаемых современной иммунологией, мы должны видеть проявление великого закона диалектики — закона единства и борьбы противоположностей.

Дисгармонии и гетерогенность организма также естественны и неизбежны в жизни, как естественна и неизбежна сама жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варбург О. Naturwiss. Rdsch., 8, 1955.— 2. Вязов О. Е. Успехи совр. биологии, 1952, 33, 1.— 3. Вылегжанин Н. И. Acta Un. internat. contre le cancer, XVIII, 1—2, 167, 1962.— 4. Гексли Дж. Рак как биол. проблема, 1960.— 5. Доссе Ж. Иммуногематология, 1959.— 6. Збарский Б. И. Тр. IV сессии АМН СССР, 1948.— 7. Зильбер Л. А. Успехи в изучении рака, 1960, т. V.— 8. Жуков-Вережников Н. Н. Вестн. микроб., эпидем. и параз., 1932, 11, 4.— 9. Давыдовский И. В. Тр. X сессии АМН СССР, 1959.— 10. Петров Н. Н. Руководство по общей онкологии, 1958.— 11. Рондони П. Успехи в изуч. рака, 1957, III.— 12. Сигал М. С. Успехи соврем. биологии, 1952, 33, 3.— 13. Соколов Н. В. Казанский мед. ж., 1923, 4.— 14. Стронг Л. В. В кн.: Генетика рака, 1960.— 15. Руш Г. П. и Клайн Б. Е. В кн.: Биол. основы злокач. роста, 1950.— 16. Токин Б. П. Иммунизат. зародышей, 1955.— 17. Эрлих П. Биологические этюды. Спб., 1911.— 18. Беренблум И. Успехи в изучении рака, 1956, т. II.— 19. Липшютц А. Steroid Homeostasis. Cambridge, 1957.— 20. Benko A. Schriftenreihe d. Z. f. d. ges. inn. Med., 1956, 7—30.— 21. Witebsky E. Cancer Res., 21, 9, 1961.— 22. Kidd J. G. Cancer Res., 1961, 21, 9.— 23. Klein G. Z. Krebsforsch., 1956, 61.— 24. Idem. Proc. of III Canad. Cancer Conf., 215, 1958.— 25. Loeventhal H. u. Jahn G. Z. Krebsforsch., 37, 1932.— 26. Foulds L. J. Chron. Dis., 8, 1958.

Поступила 29 мая 1962 г.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОХРАНЕНИЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Проф. А. И. Германов

Кафедра госпитальной терапии Куйбышевского медицинского института

Организация борьбы с гипертонической болезнью является общегосударственной задачей, особенно теперь, когда борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями подчеркнута в решениях XXII съезда КПСС.

Исход гипертонической болезни во многом зависит от ее раннего выявления, систематического активного наблюдения за больными, своевременно предпринятых лечебных и профилактических мероприятий, то есть от правильно организованной диспансеризации.

Нами еще в 1948 г. предложен ряд мероприятий по борьбе с гипертонической болезнью, в частности указано на необходимость открытия специализированных кабинетов при поликлиниках и МСЧ заводов для активной диспансеризации в первую очередь на ведущих предприятиях города и в учебных заведениях. Открытые в Куйбышеве кабинеты-диспансеры за 13-летнюю деятельность показали, что предложенные нами организационные формы борьбы с гипертонической болезнью вполне себя оправдали.

Целесообразность развертывания подобных кабинетов при поликлиниках и МСЧ заводов подтверждена на Всесоюзной конференции терапевтов в 1954 г. Предложено только изменить наше название — кабинет-диспансер на другое: «кардиоревматоло-

гический кабинет». Но дело не в названии. Важно главное: организованно вести борьбу с этим весьма распространенным и тяжелым по своим последствиям заболеванием.

В настоящей статье мы рассмотрим вопрос о трудоспособности страдающих гипертонической болезнью и мероприятия, необходимые для более длительного сохранения трудоспособности.

Хотя определение трудоспособности страдающих гипертонической болезнью производится в строго индивидуальном порядке, однако врачу необходимо при этом исходить из некоторых общих положений.

Известно, что гипертоническая болезнь есть реакция организма на неблагоприятные условия внешней среды, на некоторые условия труда и быта. В этой связи становится понятным, почему никакие из известных медикаментозных средств не могут сами по себе не только излечить, но даже дать длительный стойкий эффект, если одновременно не будут изменены условия окружающей обстановки, режима труда и быта.

Необходимо помнить, что при решении вопроса о трудоспособности мы используем не столько жалобы больных (кстати сказать, нередко эти больные неадекватно реагируют на тот или иной симптом или симптомокомплекс, присущий гипертонической болезни), сколько данные объективного исследования. Кроме высоты АД, надо принимать во внимание степень функциональных нарушений жизненно важных органов, данные инструментального и лабораторного методов исследования. В общем при решении вопроса о временной или стойкой потере трудоспособности надо учитывать всю совокупность объективных и субъективных данных.

В первой стадии заболевания превалируют симптомы общего невроза, АД подвержено значительным колебаниям, периодически не превышает нормальные величины. Явных признаков органического поражения жизненно важных органов (сердце, головной мозг, почки) не обнаруживается, а потому и не выделяются типы, характерные для последующих стадий, то есть в I ст. не приходится говорить о мозговом, сердечном, почечном или смешанном типе.

В этой стадии больных следует считать вполне работоспособными, но при условии, конечно, систематического длительного амбулаторного лечения и соблюдения соответствующих предписаний. И, в первую очередь, им нужны твердый распорядок дня, нормальный 7—8-часовой сон, обязательные прогулки, особенно за час до сна, умеренное занятие спортом (без соревнований), водные процедуры, обязательное проведение выходного дня вне дома, во время отпуска желательно пребывание в домах отдыха, санаториях (особенно плавучих санаториях на Волге), можно направлять их и на южные курорты (Сочи, южный берег Крыма, Кисловодск), конечно, указывая им на вредность для них солнечных ванн, купания в холодной воде, плавание вдали от берега и прочее. В зимнее время разрешается пользоваться лыжами по ровной местности. Для таких больных очень важен отказ от курения табака и употребления алкоголя.

Если больные работают в ночной смене, необходим перевод их в дневную; необходимо освободить их от длительных командировок; какая бы то ни было перегрузка на работе или после нее не должна иметь места.

Если работа связана с резким нервно-психическим или физическим напряжением, то следует ее сменить на другую, чтобы это совпало с желанием больного. Правда, в некоторых случаях приходится идти и против желания больного: работа, например, верхолазом должна быть категорически запрещена.

Из медикаментов в первой стадии рекомендуется дибазол, обладающий сосудорасширяющим, спазмолитическим и гипотензивным действием, в дозе 0,03 2—3 раза в день до еды или через 2 часа после еды. Один из 2—3 порошков следует принимать на ночь. Кроме того, дается настой из корня валерианы (из 12,0 на 200,0) с бромом (4,0—6,0), усиливающим процессы торможения в коре головного мозга, а утром натощак 0,5 аскорбиновой кислоты (или настой шиповника). Курс лечения — 3 месяца (25 дней прием указанных средств, 5 дней перерыв и так повторить 3 раза). В течение года проводить 3 курса лечения с перерывами.

Если АД превышает 180 мм, то показан резерпин. Он действует успокаивающе на центральную нервную систему и оказывает сильное гипотензивное действие, развивающееся постепенно. Назначается резерпин в дозе 0,25 мг два раза в день. Лучшее лечение начинать с половинной дозы ввиду возможности побочных действий. Нередко эта уменьшенная доза, даваемая тоже 2 раза в день, оказывается достаточной при длительном употреблении. Наряду с этим на ночь дается и дибазол 0,03 3 раза в день, настой корня валерианы с бромом и аскорбиновая кислота. Такое лечение также проводится 3 месяца с перерывами и с повторением 3 курсов в год.

В случае значительного урежения пульса прием резерпина прекращают на 2—3 дня, назначая в дальнейшем еще меньшую дозу. Если резерпин вызывает боль в области сердца, то можно одновременно с ним давать диуретин в дозе 0,3—0,5.

При соблюдении этих условий и обязательном посещении кабинета-диспансера 1 раз в 3 месяца больные не будут нуждаться в больничном листе по временной нетрудоспособности. Последний выдается лишь дня на 3, если имеется криз, который, кстати говоря, у них обычно легко проходит. Не нуждаются они и в стационарном лечении.

Мы не можем согласиться с некоторыми авторами (Д. А. Полещук, М. А. Кипнис, М. А. Ковнацкий, М. И. Хвиливицкая и некоторые другие), которые довольно широко переводят в инвалиды даже больных с I ст. гипертонической болезни. Мы разделяем мнение ряда авторов — Л. И. Фогельсона, Ф. Я. Ноткиной, Я. Е. Эрмана, В. М. Чегодаевой, А. И. Миркина, Б. Е. Фарбера и др., что заметного снижения трудоспособности у больных с I ст. гипертонической болезни не наблюдается. На наш взгляд, подавляющее большинство больных с I (функциональной) ст. гипертонической болезни является трудоспособным и в переводе в инвалиды не нуждается.

Что касается диеты, то в этой стадии особой диеты не требуется, пища должна быть разнообразна, богатая витаминами. Но если имеется соответствующая патологическая наследственность, нужно ограничить пищевые продукты, содержащие большое количество холестерина. Такое ограничение нужно и в тех случаях, когда повышается содержание холестерина в крови.

Если учесть довольно значительное распространение гипертонической болезни среди учащихся высших учебных заведений и старших классов средних школ, то становится понятным, насколько серьезно должна быть поставлена диспансеризация среди них (особенно это касается больных гипертонической болезнью, совмещающих обучение с работой на производстве).

Лечебно-профилактические мероприятия в I ст. заболевания не только могут на долгие годы сохранить трудоспособность и дать возможность получить то образование, к которому учащиеся стремятся, но и привести к стойкому излечению.

Что же нужно рекомендовать учащимся, страдающим этим заболеванием? Кроме систематического амбулаторного лечения, о чем говорилось выше, необходимо освободить их от дополнительных нагрузок, от участия в спортивных соревнованиях, переводить их в первую смену, при достаточной успеваемости ставить вопрос об освобождении от сдачи переводных экзаменов. Необходимо беседовать с близкими родными о создании им соответствующей обстановки дома и предписывать все то, о чем говорилось в начале этой статьи.

Во II ст., как известно, на фоне функциональных нарушений начинают выявляться и признаки органического поражения сосудов жизненно важных органов, некоторые нарушения со стороны их функций.

АД в начальном периоде II ст. при соответствующих условиях может приближаться к нормальным величинам, но оно повышено более стойко (особенно минимальное), чем в I ст.

В зависимости от превалирования тех или иных симптомов здесь уже различаются типы: мозговой, сердечный, почечный или смешанный. Но и в этой стадии в большинстве случаев больные работоспособны при условии правильно поставленной диспансеризации. Вмешательство врача в трудоустройство здесь должно применяться шире, и если работа связана со значительным нервно-психическим или физическим напряжением, необходимо предоставлять более легкую работу.

Общие правила поведения такие же, как и в предыдущей группе больных, но что касается, например, диеты, то тут все же надо более резко сократить прием в пищу продуктов с большим количеством холестерина (животные жиры, внутренние органы, яичные желтки, мозг, икра, сметана). Часть животного жира надо заменить растительным, ограничить и периодически исключать из диеты хлористый натрий, усилить прием в пищу овощей и фруктов и т. п.

Что касается выдачи им больничных листов, то таковые выдаются в период криза на 5—7 дней и более при появлении явных признаков нарушения функций жизненно важных органов. Для этого необходимы объективные признаки (например, значительное повышение АД по сравнению с обычным для больного, явное изменение ЭКГ и т. д.). Основываться только на жалобах больного нерационально. В переводе на инвалидность в большинстве случаев больные II ст. не нуждаются. В тех случаях, где АД стойко держится выше 200 мм, а минимальное выше 100, конечно, в индивидуальном порядке можно ставить вопрос о переводе на инвалидность, хотя и здесь при диспансеризации возможно снижение АД, улучшение общего состояния и возвращение к той или иной степени работоспособности. Поэтому лучше сначала давать 3-ю, иногда и 2-ю группу инвалидности временно на 6 месяцев — 1 год.

Медикаментозное лечение, как и в I ст., должно быть длительным, систематическим. Курсовое лечение должно быть не менее 3 месяцев и в течение года повторяться не менее 3 раз с перерывами. Практически же лечение назначается на многие годы. Следует добиваться снижения АД до оптимальной для каждого больного величины. Не нужно обязательно стремиться снизить давление до нормальных цифр, так как это может быть причиной нарушений кровоснабжения жизненно важных органов, особенно сердца и мозга.

Для больных во II ст. заболевания, особенно в тех случаях, когда максимальное АД выше 180 мм, а минимальное выше 100, дибазол обычно мало эффективен. Необходимо тогда назначать резерпин в дозе 0,25 мг два — три раза в день. При этом лучше начинать с $1/2$ дозы, ибо возможны быстрое снижение АД и появление болей в области сердца. На ночь и здесь полезно назначать дибазол — 0,03.

Кроме того, во всех стадиях назначается настойка корня валерианы с бромом, как и в I ст., но в микстуру прибавляют 4,0 йодистого калия, имея в виду благоприятное его действие при атеросклерозе (а во II ст. уже во всех случаях те или

иные явления атеросклероза имеются). Необходимо назначать витамин С, который снижает уровень холестерина в крови, задерживает развитие атеросклероза, уменьшает проницаемость сосудов (И. А. Мясникова). Мы назначаем витамин С (аскорбиновую кислоту) в дозе 0,5 утром натощак, как и в I ст.

В профилактике осложнений, несомненно, известную роль играют кровопускания, производимые раза 2—3 в год по 200—300 мл на станции переливания крови. Эта процедура ведет к снижению АД, хотя и незначительному. В Куйбышев это мероприятие проводится с 1956 г. больным, у которых имеется склонность к частым кризам и максимальное АД превышает 220 мм, а минимальное — 120 мм.

В стационарном лечении нуждаются больные II ст. при высоком АД (выше 200 мм) с частыми кризами.

Что касается курортного лечения, то для больных II ст. лучше использовать местные санатории, дневные и ночные профилактории, плавучие дома отдыха и санатории. Не следует посылать их на дальние южные курорты, особенно при приступах стенокардии, склонностях к кризам и т. п.

В III ст. заболевания, как известно, имеются уже выраженные изменения жизненно важных органов (хроническая коронарная недостаточность, мерцательная аритмия, парезы, параличи, инфаркт миокарда, недостаточность кровообращения, нарушения со стороны почек, органа зрения и пр.). Конечно, эти больные, как и больные со злокачественной гипертонией, нетрудоспособны и нуждаются в переводе в инвалиды 2-й и даже 1-й группы (особенно при злокачественной гипертонии, после кровоизлияний в мозг, инфарктов). Но при активной диспансеризации (а снимать их с диспансерного обслуживания, как делают это в некоторых поликлиниках, нецелесообразно) можно добиться некоторых успехов и продлить жизнь больного.

Больным в III ст. медикаментозное лечение остается таким же, как во II, но с учетом тех или иных осложнений, требующих дополнительного назначения различных медикаментозных средств.

Указанная схема медикаментозного лечения применяется нами в амбулаторных условиях. Что касается стационарного лечения (оно ведь тоже входит в число мероприятий по сохранению работоспособности), то здесь применяется все то, что и при амбулаторном лечении, с некоторыми изменениями и дополнениями. Так, бром лучше при этом вводить внутривенно (10% раствор в количестве 10 мл), наряду с этим, в качестве дополнительного средства можно назначать внутривенно новокаин (0,25% раствор по 1—5 мл, а при хорошей переносимости даже 0,5% раствор). На фоне лечения резерпином или дибазолом бром или (в некоторых случаях можно вместе) новокаин вводится 15—20 раз за курс лечения (кстати, стационарное лечение должно продолжаться не менее 30 дней).

В стационарных условиях можно применять ганглиоблокаторы. Применение их требует известной осторожности, так как они могут вызвать различные побочные явления: расстройство аккомодации, тахикардию, сухость во рту, инъекцию сосудов склер, дисфагию, запоры, задержку мочеиспускания, головокружение. Может развиться гипотония и даже коллапс.

Противопоказания к применению ганглиоблокирующих средств: выраженный атеросклероз, нарушение коронарного кровообращения, хроническая глаукома, недостаточность почек, тромбозы, перенесенный инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг.

К ганглиоблокирующим средствам, нашедшим широкое применение при лечении гипертонической болезни, относятся гексаметоний (гексоний) и пентаметоний (пентамин). Менее выраженным гипотензивным действием обладают пахикарпин, диоксин, нанофин и др.

Из новых представителей ганглиоблокирующих препаратов мы с успехом применяем димелин (димеколин). Вводится этот препарат в виде 1% водного раствора в начальной дозе 0,5 мл внутримышечно 1 раз в день. В случае хорошей переносимости инъекцию можно повторить еще 1 раз. Два часа после введения во избежание коллапса надо находиться в постели. А в случае резкого падения АД необходимо ввести 1% раствор мезатона в количестве 0,5—1 мл (при отсутствии его можно ввести под кожу 0,5—1 мл 5% раствора эфедрина). Димелин можно применять и в таблетках по 0,025 один-два раза в день, индивидуально подбирая дозу и соблюдая те же условия, что и при введении его в мышцы.

Кроме того, в стационарных условиях при II, особенно III ст. заболевания можно назначать антикоагулянты (пелентан) в строго индивидуальной дозировке, не допуская снижения протромбинового индекса ниже 50% исходной величины и следя при этом ежедневно за состоянием мочи (гематурия).

Пиявки или кровопускание (200—300 мл) необходимо применять в тех случаях, где максимальное АД выше 220 и если при этом вышеописанные медикаментозные средства не дают эффекта.

Обычно после кровопускания те же средства оказываются действенными.

При гипертоническом кризе необходимо ввести внутривенно медленно 1% раствор дибазола в количестве 2—3 мл или 0,5—1 мл 1% раствора димелина (димеколина) внутримышечно.

Кроме того, рекомендуется ввести 25% раствор сернистой магнезии в количестве 25 мл внутримышечно в ягодичную область в подогретом виде с последующим применением грелки. Дополнительно после введения дибазола (или вместо него)

можно при отсутствии снижения АД ввести медленно внутривенно 2,4% раствор эуфиллина в количестве 5—10 мл в 10—20 мл 40% раствора глюкозы. При нерезко выраженном кризе можно ограничиться дозой 0,25 мг резерпина, повторив при необходимости такой прием через 2 часа.

Все перечисленные медикаментозные средства, необходимые для купирования гипертонического криза, должны быть у врача скорой помощи. В особо тяжелых случаях (особенно при медленно развивающемся кризе и тем более — при сердечной недостаточности) можно предварительно сделать кровопускание (200—300 мл) или применить пиявки (6—8 штук на область сосцевидного отростка).

Следует помнить, что пока больной не выведен из состояния криза, он не должен транспортироваться в лечебное учреждение.

В заключение мы должны сказать, что задачи медицинской общественности заключаются в том, чтобы создать для больных гипертонической болезнью такие условия, при которых они на многие годы сохранили бы свое здоровье, обеспечивающее им профессиональную трудоспособность и, следовательно, активное участие в строительстве коммунистического общества в нашей стране.

Поступила 2 января 1962 г.

ОТДАЛЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ НАД ЗАБОЛЕВШИМИ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД БЛОКАДЫ ЛЕНИНГРАДА

Канд. мед. наук В. Г. Калугина

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. К. А. Дрягин)
Ленинградского педиатрического медицинского института

В период второй мировой войны число стационарных больных гипертонической болезнью увеличилось по сравнению с 1940 г. в 6 раз; по отношению к общему числу всех терапевтических больных они составляли от 30 до 50%. Эта так называемая блокадная гипертония (В. М. Черноруцкий, В. А. Вальдман, Д. М. Гротель и др.) отличалась частотой быстро прогрессирующих форм, поражением молодого возраста, ранним развитием недостаточности миокарда, ангиоретинопатии, регионарными ангиоспазмами, что и отразилось на ее исходах. В 1943 г. среди всех умерших в больницах г. Ленинграда 30,2% скончалось от гипертонической болезни. В 1945 г. больные гипертонией составляли около трети всех терапевтических больных (Д. М. Гротель, 1946) и 23,3 — от умерших в больницах (С. С. Вайль, 1956).

В настоящей работе поставлена задача выяснить характер течения гипертонической болезни в послевоенные годы, что частично уже находило отражение в докторской диссертации Н. Л. Воробейчик (1950), в докладе Г. Р. Британишского в терапевтическом обществе (11/XII 1956), в работах З. М. Волинского (1954), К. Р. Седова (1956), А. С. Ласло (1955) и др.

Нами изучены 700 историй больных гипертонической болезнью, находившихся на стационарном лечении в больнице им. В. В. Куйбышева г. Ленинграда с 1946 по 1953 гг. У 200 из них в 1959 г. выяснены отдаленные результаты лечения как методом диспансерного наблюдения, так и перепиской. Из 700 больных 70% составляли женщины, 30% — мужчины. Служащих было 47,5%, рабочих — 22%, инвалидов I и II гр. по сосудистым заболеваниям — 11%, неработающих — 19% и прочих — 0,5%. В возрасте до 40 лет было 9%, от 40 до 60 лет — 76% и старше — 15%. Лишь у 3,5% заболевание диагностировано в довоенные годы, у остальных — в 1943—45 гг. В 50% гипертонии предшествовала дистрофия. В период развития заболевания 7,5% служили в Советской Армии. У 73% гипертоническая болезнь развилась на фоне психических травм и перенапряжения нервной системы. Трудоспособных до 55 лет было 460, от 56 до 60 лет — 120. Непосредственно механические травмы черепа и контузии служили причиной развития болезни у 7% больных, у 7,3% развитие гипертонии совпало с климактерическим периодом.

Больных с I ст. гипертонической болезни было 110, со II — 410 и с III ст. — 180 (соответственно классификации 1952 г.).

Среди больных всех стадий преобладала церебральная форма (см. таблицу 1).

У больных всех стадий преобладали жалобы на постоянные головные боли (94%), головокружения (63%), шум в ушах (27%), переходящие сжимающие боли за грудиной (22%). Большинство больных отмечало повышенную раздражительность, тревожный сон или бессоницу. С церебральными кризами поступили в стационар 53,7% больных. Нарушение мозгового кровообращения по типу спазма отмечено у 21,7%, из них у 5% было нарушение мозгового кровообращения по типу тромбоза.