

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. Черноуцкий, 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. Вольнского (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.

Таблица 1

Стадии	Ф о р м ы				Всего
	мозговая	сердечная	почечная	смешанная	
I	69 (63 ⁰ / ₀)	21 (19 ⁰ / ₀)	—	20 (18 ⁰ / ₀)	110
II	292 (71 ⁰ / ₀)	67 (16 ⁰ / ₀)	—	51 (12 ⁰ / ₀)	410
III	91 (50 ⁰ / ₀)	24 (13 ⁰ / ₀)	48 (27 ⁰ / ₀)	17 (9,4 ⁰ / ₀)	180
Всего больных	452 (65 ⁰ / ₀)	112 (16 ⁰ / ₀)	48 (7 ⁰ / ₀)	88 (12 ⁰ / ₀)	700

Осложнения со стороны центральной нервной системы, рассмотренные по стадиям гипертонии, представлены в таблице 2.

Тромбоз мозговых сосудов встречался среди больных с III ст. в два раза чаще, чем у больных со II ст.; нарушение мозгового кровообращения по типу спазма установлено в 3 раза чаще у больных со II ст. и в 4 раза — с III, чем у больных с I ст.

Таблица 2
Церебральные осложнения у больных гипертонической болезнью

Стадии гипертонической болезни	Церебральные кризы	Нарушения мозгового кровообращения	
		по типу спазма	тромбоз мозговых сосудов
I	67 (61 ⁰ / ₀)	8 (7,3 ⁰ / ₀)	—
II	216 (52 ⁰ / ₀)	94 (23 ⁰ / ₀)	18 (4,4 ⁰ / ₀)
III	93 (51 ⁰ / ₀)	50 (28 ⁰ / ₀)	16 (9 ⁰ / ₀)
Всего больных	376 (53,7 ⁰ / ₀)	152 (21,7 ⁰ / ₀)	34 (5 ⁰ / ₀)

В послевоенные годы у 54% больных при поступлении были выражены признаки недостаточности кровообращения (см. таблицу 3).

Таблица 3

Кардиальные осложнения у больных гипертонической болезнью

Стадии гипертонической болезни	Стенокардия	Инфаркт миокарда	Степень недостаточности кровообращения		
			I	II	III
I	27 (24,5 ⁰ / ₀)	3 (2,7 ⁰ / ₀)	26 (23,6 ⁰ / ₀)	19 (17,3 ⁰ / ₀)	5 (4,5 ⁰ / ₀)
II	88 (21,5 ⁰ / ₀)	24 (5,8 ⁰ / ₀)	91 (22,2 ⁰ / ₀)	108 (26,3 ⁰ / ₀)	12 (2,9 ⁰ / ₀)
III	43 (23,9 ⁰ / ₀)	10 (5,6 ⁰ / ₀)	27 (15 ⁰ / ₀)	58 (32 ⁰ / ₀)	30 (16 ⁰ / ₀)
Всего больных	158 (22,5 ⁰ / ₀)	37 (5,3 ⁰ / ₀)	144	185	47
			54 ⁰ / ₀		

Недостаточность кровообращения II ст. встречалась у больных I ст. — у 17,3%, у больных III ст. — у 32%. Недостаточность кровообращения III ст. наблюдалась у больных с III ст. в 4 раза чаще, чем у больных I и II ст. Обращает на себя внимание большой процент больных гипертонической болезнью, госпитализированных с недостаточностью кровообращения, даже при ранней стадии заболевания. Это, несомненно, является одной из характерных черт блокадной гипертонии в послевоенные годы.

У 5,3% больных гипертония осложнилась инфарктом миокарда. Инфаркт миокарда был у 34 из 37 больных I и III ст. гипертонии. Течение инфаркта миокарда отличалось наибольшей тяжестью и степенью распространения и сопровождалось выраженными симптомами недостаточности кровообращения по сравнению с больными, переносящими инфаркт миокарда без предшествующей гипертонии.

Тромбозы периферических сосудов встречались у 2,7%, 8% больных были госпитализированы с острым кровотечением (носовым, горловым, легочным). Из 57 больных гипертонической болезнью, поступивших в связи с кровотечением, 50 были во II и III ст. У 18% больных III ст. были отчетливо выражены признаки нефросклероза и у трети из них быстро прогрессировала картина хронической почечной недостаточности (азотемия с последующей уреимией).

Поражение сосудов глазного дна (гипертоническая ангиопатия) найдено у 53%. Гипертоническая ангиопатия сетчатки обоих глаз была выражена у 39% I ст., у 55% II ст. и у 60% III ст. У 7% больных диагностирована невроангиоретинопатия. Среди них 10% страдали гипертонической болезнью III ст. и 7% — II ст.

Учитывая сравнительную тяжесть госпитализированных больных, 72% из них назначался постельный режим до 2—4 недель, диета с ограничением соли, жидкости, исключением экстрактивных веществ; применялись диуретики, дибазол, сальсолин, сернокислая магнезия, глюкоза, кровопускание, пиявки. У отдельных больных — болятная сушенница, боярышник, йодистые препараты, облучение межзачаточного мозга лучами Рентгена.

Оценивая эффективность лечения, по данным динамики АД, следует отметить значительное улучшение у 8,3%, улучшение — у 49,7%, без перемен — у 33,4%, ухудшение — у 8,5%. Положительное действие диуретина выявлено у 56%, сальсолина — у 62%. При применении дибазола получены результаты, аналогичные с сальсолином. Сернокислая магнезия, глюкоза, пиявки, кровопускания оказывали временный эффект.

Средний срок госпитализации больных с I ст. составил 23 дня, со II — 30 дней, с III — 42 дня, средний койко-день — 31,6. Выписались со значительным улучшением и нормальным АД 80 человек из 700 (11%) (52 — I ст. и 28 — II ст.), с улучшением — 341 (48,7%), без существенных изменений — 216 (31%), преимущественно больные II ст. (134) и III ст. (69); с ухудшением 50 человек (7%), из них 30 — II ст. и 19 — III ст. У 21% трудоспособность восстановилась, 39% продолжали лечение амбулаторно, 27% выписаны на квартирное лечение, 11% переведены на инвалидность II и I групп, 1,86% умерли в больнице.

Из умерших мужчин было 4, женщин — 9; 9 были старше 55 лет. У 4 была II ст., у 9 — III ст. Продолжительность болезни до 3 лет была у 7, до 6 лет — у 4, от 8 до 10 лет — у 2. Умерли от острого мозгового инсульта 6, от уремии — 5, от недостаточности кровообращения — 1 и после операции по поводу рака желудка — 1.

Из 200 больных, у которых в течение 1959 г. изучены отдаленные результаты лечения, за эти годы повторно госпитализированы 21%, амбулаторно и на участке наблюдаются 32%, умерли после выписки из больницы через 3—5 лет — 25,5%, имея среднюю продолжительность болезни 8,5 лет и средний возраст 55—56 лет. По имеющимся сведениям от родственников и из районной поликлиники, умершие больные не состояли на диспансерном учете и обращались за помощью лишь в период обострения, не проводили систематического лечения. Подавляющее большинство из них умерло вследствие нарушения мозгового кровообращения и меньшая часть — от коронарного тромбоза и сердечной недостаточности. В настоящее время $\frac{3}{4}$ больных, у которых уточнено отдаленное течение болезни, не работают, являются инвалидами II и I гр. и взяты на диспансерный учет. Средняя продолжительность болезни у них равняется 18 годам.

О высоком проценте летальности больных с ленинградской блокадной гипертонией в послевоенные годы сообщил Г. Р. Британишский. Так, из диспансеризованных 273 больных за 12 послевоенных лет, по его наблюдениям, умерло 78 (23%). Умершие были старше 50 лет. Причиной смерти у 21 больного было нарушение мозгового кровообращения, у 9 — недостаточность кровообращения, у 5 — быстропрогрессирующая форма гипертонии, у 14 — другие причины и у 29 причину смерти установить не удалось.

В 1961 г. в терапевтических клиниках Ленинградской больницы им. В. В. Куйбышева 50% всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями составляли больные гипертонической болезнью. По сравнению с послевоенными годами, в настоящее время преобладает не церебральная, а кардиальная форма. Среди этой группы больных возрос процент осложнений инфарктом миокарда с 5,3% (1946—53 гг.) до 12,4% (1961 г.). Летальность же по терапевтическим отделениям от гипертонической болезни снизилась и составляет в 1961 г. 7,3%. Она относится преимущественно к больным с III ст., осложненной инфарктом миокарда, атеросклерозом крупных сосудов, кардиосклерозом, недостаточностью кровообращения III ст. Так, из 641 больного с II ст., получившего курс лечения в терапевтических отделениях больницы в течение 1961 г., умер 1 больной, из 351 больного с III ст. умерло в течение года 140. Таким образом, несмотря на снижение заболеваемости гипертонической болезнью в послевоенные годы и более доброкачественное ее течение, уменьшение роли гипертонии как причины смерти в молодом возрасте и общее снижение процента связанной с ней летальности, последняя еще остается высокой у больных с III ст. гипертонии. Поэтому следует не ослаблять систематического лечения больных гипертонической болезнью и наряду с гипотензивной терапией, проводить регулярно комплексное противосклеротическое лечение (режим, диета, лечебная гимнастика, холин, метионин, β -ситостерин, никотиновая кислота, витамины В₁, В₆, В₁₂, С, Е; новокаин, антикоагулянты).

1. Вайль С. С. и Тушинский М. Д. Об особенностях клиники и патологической анатомии некоторых болезней в условиях военного времени. Л., 1956.
2. Вальдман В. А. В кн.: Вопросы патологии крови и кровообращения. Л., 1946, 3.—3. Вольтманский З. М., Исаков И. И., Яковлев С. И. и Кейзер С. Л. Тер. арх., 1954, 3.—4. Воробейчик Н. Л. Особенности гипертонической болезни в военный и послевоенный период в г. Ленинграде. Докт. дисс., 1950, Ленинград.—5. Гротель Д. М. Раб. ленингр. врачей за годы Отечественной войны. Л., 1948, 8.—6. Ласло А. С. Сов. мед., 1955, 3.—7. Седов К. Р. Сб. Атеросклероз и коронарная недостаточность. М., 1956.—8. Черноруцкий М. В. Гипертоническая болезнь. Л., 1944.

Поступила 14 июня 1961 г.

О НОРМАТИВАХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НЕКОТОРЫХ КОНТИНГЕНТОВ НАСЕЛЕНИЯ г. КУЙБЫШЕВА¹

Доц. Н. И. Гусева и асп. П. В. Спирина

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф. А. И. Германов)
Куйбышевского медицинского института

Наиболее фундаментальными исследованиями по нормативам АД в отечественной литературе являются работы ленинградских врачей во главе с З. М. Вольтманским, бригады научных сотрудников Института терапии АМН СССР, врачей Армении (В. М. Авакян и др.) и В. А. Хлюпина.

Указанными авторами на основании измерения АД у значительного числа практически здоровых людей с последующей статистической обработкой материала предложены нормативы АД для различных возрастных групп. При изучении работ указанных авторов, в частности статьи Е. П. Федоровой, у нас возник ряд вопросов.

1. Непонятно, почему автором были исключены из разработки данные обследования практически здоровых лиц в возрасте от 15 до 40 лет, имеющих систолическое давление выше 130 мм, от 40 до 50 лет — выше 140 мм, от 60 до 79 лет — выше 150 мм.

2. Этот же вопрос возникает и в отношении диастолического давления. Автор почему-то не включил в разработку данные о лицах с давлением, превышающим 90 мм, независимо от возраста.

3. Почему не учитывались нижние пределы систолического и диастолического давления? Ведь это искусственно приводит к занижению нормативов АД.

В настоящей статье представлены результаты измерений АД у рабочих, служащих и учащихся, собранные группой сотрудников кафедры госпитальной терапии Куйбышевского медицинского института, а также врачами медико-санитарных частей промышленных предприятий г. Куйбышева.

В разработку вошли данные измерения АД у 26412 практически здоровых людей (мужчин 11 565, женщин 14 847) в возрасте от 12 до 69 лет.

В статистическую обработку нами не были включены лица, у которых имелись явные симптомы гипертонической болезни, а также те из обследованных, у которых обнаружена симптоматическая гипертензия.

При обработке материала мы пользовались методом вариационной статистики. Анализ нашего цифрового материала показал, что средний уровень АД, как систолического, так и диастолического, у лиц обоего пола с возрастом увеличивается.

У мужчин систолическое давление в первых двух возрастных группах (12—19 и 20—29 лет) на 5 мм выше, чем у женщин; в возрасте от 30 до 39 и 40—49 лет оно находится в одинаковых пределах у лиц обоего пола. В следующем десятилетии (от 50 до 59 лет) систолическое давление несколько выше у женщин.

Возрастная группа от 60 до 69 лет немногочисленна (98 человек). Это объясняется тем, что нами обследовались лишь работающие. Среди лиц этой группы у мужчин средний уровень систолического давления несколько выше, чем у женщин (в среднем на 5 мм).

Диастолическое давление для всех возрастных групп, как у мужчин, так и у женщин, находится на одинаковом уровне. Исключение составляет лишь группа от 50 до 59 лет, где женщины имеют более высокий, чем мужчины, средний уровень

¹ Доложено на заседании Куйбышевского общества терапевтов 6/XII 1961 г.