

У 45 больных нами была установлена вспышка атеросклероза, у 25 была ремиссия.

При сопоставлении полученных нами данных в фазе ремиссии и в фазе вспышки атеросклероза была выявлена тенденция к нарастанию выделения уропепсина в периоде обострения процесса. Однако эта кажущаяся разница оказалась статистически несущественной ($P > 0,05$).

Среди обследованных нами больных атеросклероз сочетался с гипертонической болезнью II и III ст. у 27 человек. Средний уровень выделения уропепсина составил у них 21,9 *ед/час*, то есть существенно не отличался от такового (20,0 *ед/час*), полученного у 43 больных атеросклерозом без гипертонии.

ВЫВОДЫ

1. При атеросклерозе и при гипертонической болезни в сочетании с атеросклерозом уменьшено выделение уропепсина, что свидетельствует о понижении секреторной (ферментообразующей) функции желудка.

2. Вспышка и ремиссия атеросклероза существенно не отражаются на количестве выделяемого уропепсина.

3. Понижение секреторной функции желудка при атеросклерозе не зависит от возраста больных, а связано, по-видимому, с поражением атеросклерозом сосудов брюшной полости; возможно, имеет также значение тормозящее влияние на выделение уропепсина со стороны коркового слоя надпочечников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грегор О. Клини. мед. 1959, 2. — 2. Дочкин И. И. Клини. мед. 1961, 2. — 3. Идельсон Л. И. Тер. арх. 1958, 2. — 4. Крылов А. А., Добрик Н. П. Кардиология. 1962, 4. — 5. Мельницкий В. Б. Клини. мед. 1962, 2. — 6. Садокова З. М. Тер. арх. 1961, 3. — 7. Симбирцева Г. Д. Клини. мед. 1959, 2. — 8. Смирнов И. П. Тер. арх. 1961, 11. — 9. Софиева И. Э. Тер. арх. 1961, 5. — 10. Чижигов А. С. Здрав. охр. Белоруссии. 1961, 11.

УДК 616.12 — 003.331.1

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

М. Т. Сальцева, Д. А. Рогова, В. А. Лезина

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета (зав. — проф. В. Г. Вогралик) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Литературные данные о том, какой уровень АД нужно считать доказательным для гипертонической болезни, довольно разноречивы.

В последнее время для вычисления нормального АД соответственно возрасту находит применение формула З. М. Волинского. Согласно этой формуле, у здоровых людей в возрасте от 16 до 35 лет максимальное АД может колебаться от 113 до 124 мм, а минимальное — от 71 до 77 мм. Отсюда мы и приняли за верхнюю границу нормы систолического давления 124, а диастолического — 77 мм.

С 1953 по 1962 гг. в терапевтическом отделении областной клинической больницы им. Семашко прошло 950 больных гипертонической болезнью, из них 147 (15,4%) было в возрасте 16—35 лет. Мужчин было 77 и женщин — 70.

Из 147 больных 18 (12,1%) были инвалиды I и II гр., 43 (29,2%) — люди умственного труда и 71 (48,5%) — физического и 15 (10,2%) — временно не работающих.

При этом мы исключили все случаи симптоматической гипертонии, например, связанные с болезнью почек и мочевыводящих путей, с заболеваниями эндокринных органов, как тиреотоксикоз, феохромоцитомой, а также врожденные болезни сердечно-сосудистой системы, как коарктация аорты, незаращение боталлова протока и др.

Диапазон колебаний АД среди наших больных оказался довольно широким: 300—113 максимальное и 130—71 минимальное.

Повышение АД было симметричным, за исключением 2 больных, имевших резкую разницу АД на правой и левой руке.

А. Л. Мясников, М. Н. Кончаловский, А. А. Уманский и Т. С. Шендрик указывают на высокое пульсовое давление у больных гипертонической болезнью в молодом возрасте (в основном за счет низкого минимального давления).

По нашим данным, это положение подтверждается. Нормальное пульсовое давление, исходя из наших норм, должно быть 47 мм. В этих пределах оно оказалось лишь у 35 больных (23,8%), а у остальных 112 (76,2%) значительно отличалось.

Если по данным большинства авторов (Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников, Е. М. Тареев) среди групп более старшего возраста чаще поражаются гипертонической бо-

лезно люди умственного труда, то этого нельзя сказать о гипертонии в молодом возрасте. Подобно нашим данным, у А. А. Уманского и Т. С. Шендрик из 160 обследованных больных было 50 человек умственного и 110 — физического труда. Эти же авторы говорят о снижении работоспособности у молодых людей, страдающих гипертонической болезнью. А. М. Шухтина считает, что 93,6% больных сохраняет профессиональную трудоспособность и лишь в 6,4% становятся инвалидами. Если учесть, что кроме 12,1% инвалидов нам встретилось еще и 10,2% временно не работающих (по причине снижения и ограничения трудоспособности), то среди наших больных цифра неработающих увеличится до 22,3%.

Н. Д. Стражеско, А. Л. Мясников, Е. И. Сперанский, Е. В. Сулье и О. И. Биткова считают, что гипертоническая болезнь имеет наследственное предрасположение в смысле предрасположения к неврозам и гипертензии, переданных потомкам в виде особенностей нервных реакций. А. М. Шухтина наследственный фактор отметила у 25,6% больных гипертонической болезнью в молодом возрасте, З. Маврина — у 55%. М. Т. Кончаловский находил у 80,9% больных наследственные сердечно-сосудистые заболевания. И. И. Сперанский и др. считают, что гипертоническая болезнь у больных, родственники которых страдали гипертонической болезнью, встречается в 3 раза чаще, чем у здоровых, а И. А. Рывкинд — даже в 4—5 раз. Необходимо при этом учитывать и влияние гуморальных, обменных и эндокринных факторов, способствующих развитию гипертонической болезни. Все это в равной, если не в большей, степени относится и к лицам молодого возраста, у которых происходит формирование нервной и перестройка эндокринной систем. 87 (59,1%) наших больных не сумели ответить на вопрос о наличии гипертонической болезни или другого сердечно-сосудистого заболевания у своих родителей и ближайших родственников.

По литературным данным, причиной гипертонической болезни у лиц молодого возраста являются травма головного мозга, психические травмы, переутомления, заболевания гриппом и др. (З. Маврина, А. И. Шухтина и др.).

У многих наших больных можно было отметить различные переживания и физические перенапряжения, травму головного мозга с потерей сознания, беременность и аборт, нарушение овариально-менструального цикла, гриппозную инфекцию и интоксикацию алкоголем, охлаждение или перегревание. Не удалось установить особой закономерности в отношении влияния никотина и алкоголя на сосудистый тонус, так как, по нашим данным, из 77 мужчин только 25 курили и употребляли алкоголь. По данным же А. А. Уманского и др., среди больных гипертонической болезнью юношей курящих больше, чем некурящих, при этом умеренно курящих 38,7%, много курящих — 33,2%. По данным А. И. Шухтиной, 24,8% — курящие и 21,6% употребляют алкоголь.

Для больных гипертонической болезнью в молодом возрасте считается характерным отсутствие жалоб (В. И. Тареев, В. М. Левин). М. И. Цинамзваров отсутствие жалоб наблюдал у 60,6%, А. М. Шухтина — только у 8,3%, Маврина — у 50% больных, А. А. Уманский и Т. С. Шендрик — у $\frac{2}{3}$ А. Л. Мясников считает, что у лиц молодого возраста гипертония протекает бессимптомно в 18%. Близки к последним цифрам и наши данные: 17% больных не предъявили при поступлении и опросе каких-либо жалоб.

Жалобы остальных больных были довольно многочисленны и разнообразны: головные боли, головокружение и шум в голове, носовые кровотечения различного характера, боли в области сердца и учащенное сердцебиение, слабость, понижение работоспособности, реже — одышка, отеки, но соответствия между величиной АД и количеством жалоб не отмечено, как и А. Л. Мясниковым, М. И. Цинамзваровым, А. А. Уманским и Т. С. Шендриком. В. М. Коган-Ясный также указывал на разнообразие симптомов, форм и проявлений гипертонической болезни.

По преобладанию тех или иных симптомов и объективных данных среди наших больных можно выделить гипертоническую болезнь со следующей симптоматикой: сердечно-мозговой (54 больных — 36,6%), почечно-мозговой (25—17%), почечной (4—2,7%), мозговой (42—28,3%), мозговой-сердечно-почечной (11—7,3%), бессимптомной (12—8,3%). Часто встречалась почечная симптоматика в различных сочетаниях с другими симптомами (у 40 больных — 27,2%).

Многие считают, что гипертоническая болезнь у лиц молодого возраста протекает по злокачественному, быстро текущему типу. Наоборот, А. Л. Мясников, А. А. Уманский, Т. С. Шендрик, А. М. Шухтина, З. Маврина отрицают это и говорят о благоприятном течении заболевания в молодом возрасте.

Транзиторная стадия, по их мнению, длится годами с продолжительными ремиссиями, а III ст. гипертонической болезни в молодом возрасте встречается редко.

По нашим данным, наибольшая длительность заболевания достигала 10 лет. При этом быстрое течение оказалось у 25 (17%), медленное — у 122 (83%) больных.

Считается, что для больных гипертонической болезнью в молодом возрасте характерно и отсутствие выраженных объективных изменений. По нашим данным, нормальные границы сердца перкуторно оказались у 72 (48,9%) больных, а при рентгеноскопии — у 90 (61,2%).

Глухие или приглушенные тоны были у 19 больных (12,9%), усиленные — у 8 (5,4%), акцент II тона на аорте был у 68 (46,2%), систолический шум на верхушке — у 30 (21%). Только у 2 больных (1,2%) была выявлена аритмия типа экстрасистолии.

Нормальной частоты пульс оказался у 103 больных (70%), тахикардия — у 37 (25,2%) и брадикардия — у 7 (4,8%). Нарушение кровообращения было выявлено у 14 больных (9,5%).

Считается, что у преобладающего большинства больных молодого возраста типичные для гипертонической болезни изменения на ЭКГ устанавливаются только в поздних стадиях (З. Маврина, А. М. Шухтина и др.). Для выявления характерных изменений в ранних стадиях предлагается снимать ЭКГ с нагрузкой.

Из 59 наших больных лишь у 5 ЭКГ была без каких-либо изменений, у 33 отмечались изменения миокарда обоих желудочков (в том числе у 4 — с нарушением коронарного кровообращения), у 23 — преимущественно левого (в том числе у 7 — с нарушением его питания) и только у 3 — правого желудочка. Синусовая тахикардия отмечена у 17 и брадикардия у 8, дыхательная аритмия — у 9 и экстрасистолия — у 5. У некоторых было увеличение систолического показателя и замедление внутрижелудочкового проведения. Причем все вышеуказанные изменения касались больных гипертонической болезнью с самой различной симптоматикой, а не только кардиальной.

У 83 больных (74,1%) состав периферической крови был нормальным. У некоторых был небольшой лейкоцитоз, у 25 (17%) — различной степени выраженности анемия и у 26 (17,2%) — значительное ускорение РОЭ. В. М. Левин находил у подобных больных некоторое повышение содержания гемоглобина и снижение РОЭ. А. М. Шухтина изменений состава крови обычно не находила.

Мнения в отношении состояния функции почек при гипертонической болезни в молодом возрасте различны. По нашим данным, у 42 (28,8%) больных были обнаружены в моче микроизменения (микрогематурия, микроальбуминурия, единичные цилиндры). Значительно выраженные изменения в моче были выявлены у 18 человек (12,2%), в том числе почти у всех — с почечной симптоматикой гипертонической болезни.

Азотемия была обнаружена у 25 больных (17%), при этом у 15 — с почечной симптоматикой и у 20 (13,6%) — резкое увеличение константы Амбара. Основное число этих больных (16) также относится к больным с почечной симптоматикой гипертонической болезни.

Известно, что гипертоническая болезнь с почечной симптоматикой обычно отличается быстро прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. Из 25 наших больных с прогрессирующим течением у 22 преобладала почечная симптоматика и только у 4 — мозговая.

Уремия среди наших больных была у 5 (2,6%), при этом у всех с выраженной почечной симптоматикой. Большие изменения глазного дна были у 20 больных (13,6%); из них гипертоническая ангиопатия обоих глаз, расширение и извитость сосудов — у 5 и гипертоническая ретинопатия с выраженными застойными явлениями и кровоизлияниями в сетчатку — у 15. Из этих 20 больных у 12 была почечная симптоматика (у 8 быстро прогрессирующего и 4 — медленного течения), у 3 мозговая (у 2 из них — быстрого течения, осложненная мозговым инсультом у одного и правосторонним гемипарезом — у другого, и у третьего — медленно прогрессирующего течения).

Смерть в клинике наступила у одного больного (0,6%), ухудшение — у 3 (2,03%), состояние осталось без перемен — у 28 (19%) и у 115 (78,2%) наступило улучшение. Почти у всех больных улучшение было незначительным и касалось в основном субъективного состояния, а не таких объективных клинических показателей, как снижение АД, изменение глазного дна, восстановление функции почек и др.

Это совпадает с данными В. М. Левиной, который пишет о резистентности гипертонии подростков к лечению, даже самому активному и длительному. Лечение больных гипертонической болезнью в молодом возрасте в нашей клинике проводилось медикаментами (дибазол, папаверин, диуретин, сернокислая магнезия, препарат № 7, гексоний, депрессин, гипотиазид, резерпин и др.) в сочетании с режимом и диетой.

ВЫВОДЫ

1. Лица молодого возраста, страдающие гипертонической болезнью, подлежат длительному лечению.
2. Гипертоническая болезнь в молодом возрасте приводит в 10,2% к снижению трудоспособности в разной степени и к инвалидности в 12,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Л. Т. В кн. «Вопросы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на промышленных предприятиях». Медгиз, М., 1960; в кн. «Патология сердечно-сосудистой системы и почек». Тр. ЦИУ, М., 1957, — 2. Бабушкина А. А. Клин. мед. 1960, 8. — 3. Волинский З. М., Исаев И. И., Яковлев С. И., Кайзер С. А. Тер. арх. 1954, 3. — 4. Гукасян Л. Г. Тер. арх. 1951, 5. — 5. Гринвальд И. М. В кн. «Вопросы гипертонической болезни и недостаточности кровообращения». Медгиз, М., 1951. — 6. Движков Г. М. Сов. мед. 1950, 5. — 7. Кончаловский М. П. Тер. арх. 1937, 5. — 8. Куршаков Н. А. Сов. мед. 1946, 11. — 9. Коган-Ясный В. М. Врач. дело. 1939, 12. — 10. Курмановский И. М.

Чернякова С. И., Иванова Е. А., Емельянова Е. Р. Сов. мед. 1952, 8. — 11. Левин В. М. Тр. НИИ гигиены труда и проф. заболеваний. Л., 1960. — 12. Мясников А. Л. Клин. мед. 1951, 9. — 13. Найвиделена Б. Сов. мед. 1952, 8. — 14. Стражеско Н. Д. Клин. мед. 1940, 5. — 15. Стукало И. Т., Кулачковский Ю. В., Шахиниди Г. В. Врач. дело. 1962, 4. — 16. Стерина П. В. Сов. мед. 1962, 1. — 17. Сперанский И. И., Сулье Е. В., Биткова С. И. Тер. арх. 1959, 9. — 18. Толубеева Н. А. Тер. арх. 1926, 2. — 19. Уманский А. А., Шендрик Т. С. Тер. арх. 1957, 5. — 20. Цинамзгваров М. Тр. Всесоюз. конф. терап. Медгиз, М., 1954. — 21. Шухтина А. М. Сов. мед. 1958, 3.

УДК 616. — 002.77

ОБ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ¹

Л. Д. Гатауллина

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Е. Н. Третьякова) Башкирского медицинского института и детская клиническая больница № 3 г. Уфы (главврач — А. И. Вецлер)

У 400 детей в возрасте от 1 года 9 мес до 14 лет с активной фазой ревматизма, лечившихся в 1959—1964 годы в детской клинической больнице, проведена оценка активности процесса по А. И. Нестерову.

Максимальная активность ревматического процесса (III ст.) была выявлена у 126 детей (31,5%), умеренная (II ст.) — у 119 (29,75%), минимальная (I ст.) — у 155 (38,75%).

Активность ревматического процесса под влиянием лечения, как правило, уменьшалась, поэтому учитывали ее до начала лечения.

Нам не удалось выявить достаточно убедительного влияния количества перенесенных атак на степень активности ревматического процесса и возраст больных.

При максимальной активности ревматического процесса чаще наблюдается острое (у 38,9%) и непрерывно рецидивирующее течение (у 31,46%), при минимальной и умеренной — подострое (у 67,78%) с наклонностью к вялому, затяжному.

Высокая температура в первые 3—14 дней болезни была отмечена у 36,5% больных при максимальной активности. При минимальной и умеренной активности у большинства (у 84,02% и 69,68%) наблюдалась субфебрильная температура.

При максимальной активности ревматического процесса чаще наблюдались диффузный эндомиокардит, панкардит, полиартрит, пневмония, нефрит, гепатит. Указанные клинические симптомы наряду с выраженной температурной реакцией, острым и непрерывно рецидивирующим течением можно расценивать как проявление повышенной реактивности, гиперэргических, аллергических и аутоаллергических процессов в организме больных ревматизмом.

При минимальной активности ревматического процесса наблюдаются эндомиокардит и миокардит и разнообразные отклонения со стороны нервной системы. Клинические проявления болезни при минимальной активности стерты, нередко их удается выявить лишь при тщательном наблюдении в динамике. Перечисленные симптомы, наряду с субфебрильной температурой, вялым затяжным и подострым течением можно рассматривать как признак пониженной реактивности.

На основании этих сопоставлений можно полагать, что степень активности ревматического процесса зависит, прежде всего, от индивидуальной реактивности организма. Под индивидуальной реактивностью имеется в виду совокупность наследственных и приобретенных свойств, определяющих реакции организма на различные воздействия (М. С. Маслов).

Это положение можно подтвердить рядом дополнительных тестов.

При максимальной активности ревматического процесса средние показатели РОЭ и лейкоцитоза наиболее высокие, при минимальной активности — наиболее низкие. При минимальной активности ревматического процесса у 56,13% больных РОЭ остается нормальной или замедлена («ареактивная»), у 26,4% детей отсутствует лейкоцитоз, у 30,3% имеется лейкопения.

Уровень α_2 -глобулинов, по многочисленным литературным данным (О. Д. Соколова-Пономарева, Е. Н. Макасова, Г. И. Клайшевич, Е. А. Надеждина, наши наблюдения), отражает степень воспалительного процесса, поэтому более высокий уровень α_2 -глобулинов у больных с максимальной активностью, по-видимому, указывает на высокую реактивность тканей, более низкий уровень при минимальной активности — на пониженную реактивность.

¹ Доложено на итоговой научной конференции Башкирского медицинского института 11/II 1965 г.