

ИЗ ОПЫТА ДИСПАНСЕРНОЙ БОРЬБЫ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Проф. А. И. ГЕРМАНОВ

Из госпитальной терапевтической клиники Куйбышевского государственного медицинского института (зав. клиникой — проф. А. И. Германов)

Гипертоническая болезнь является одной из важнейших проблем современной медицины. Актуальность ее обусловлена тем, что это заболевание, поражая большое количество трудящихся в расцвете творческих сил (40—50 лет), приводит их к ранней инвалидности и преждевременной смерти, нанося большой экономический ущерб государству.

По данным большинства отечественных статистик, гипертоническая болезнь имеет место у 6—8% практически здоровых людей (И. Г. Гельман, С. Г. Артемьев, И. М. Рыбаков, А. Б. Шахназаров, З. М. Волынский с сотрудниками и др.).

Гипертоническая болезнь — одна из частых причин временной и стойкой нетрудоспособности рабочих и служащих. Так, по данным Л. И. Фогельсона, из 4456 человек, прошедших в 1945—1946 гг. республиканскую врачебно-трудовую экспертную комиссию, 416 (9,3%) оказались больными гипертонической болезнью. По сводным данным московских ВТЭК, из числа признанных впервые инвалидами в 1953 году 14% составляли больные гипертонической болезнью.

При изучении сотрудником госпитальной терапевтической клиники, кандидатом медицинских наук Н. И. Гусевой 20230 протоколов освидетельствований больных, прошедших ВТЭК № 3 гор. Куйбышева за 5 лет (1949—1953), было установлено, что среди них число больных гипертонической болезнью составляло 1050 человек (5,14%).

При изучении ею же отчетных данных Куйбышевской областной ВТЭК за 1953 г. из числа больных, признанных впервые инвалидами, 6,31% были больны гипертонической болезнью.

Как известно, высока летальность больных от такого грозного осложнения гипертонической болезни, как инфаркт миокарда. По данным П. Е. Лукомского и Е. М. Тареева, которые они представили на XIV Всесоюзном съезде терапевтов, летальность в течение первых двух месяцев после возникновения инфаркта у больных, не имеющих гипертонии, равнялась 12%, а в группе больных с гипертонией — 17,6%.

Среди больных инфарктом миокарда, находившихся в течение 5 лет (1951—1955) на стационарном лечении в госпитальной терапевтической клинике, летальность составляла среди лиц с нормальным артериальным давлением 8%, а среди больных с гипертонической болезнью — 20%.

Сказанное в достаточной степени показывает, что гипертоническая болезнь действительно является актуальнейшей проблемой со-

временной медицины и какое большое значение должна иметь борьба с этим весьма распространенным и тяжелым заболеванием.

В чем же должна заключаться эта борьба? Как известно, передовым методом медицинского обслуживания трудящихся является диспансерный метод, соединяющий в себе воедино лечебные и профилактические мероприятия.

Одним из существенных условий эффективности диспансеризации больных гипертонической болезнью является соблюдение правильного порядка отбора на диспансеризацию. Как известно, в системе советского здравоохранения существуют три основных метода выявления больных: 1) периодические профилактические медицинские осмотры, 2) использование текущей обращаемости, 3) выявление больных по контакту, посемейные осмотры.

Последний вид осмотра больных имеет огромное значение для раннего выявления инфекционных болезней. Для выявления больных гипертонической болезнью известное значение имеют обследование членов семьи больного, измерение у них артериального давления с целью выявления среди них лиц с гипертонической болезнью.

Основное значение в деле выявления больных гипертонической болезнью имеют периодически проводимые профилактические медицинские осмотры практически здоровых контингентов населения, в первую очередь рабочих и служащих ведущих промышленных предприятий, а также учащихся средних и высших учебных заведений. Такие осмотры, проводимые систематически 1 раз в год (или даже 1 раз в 2—3 года), позволяют выявить больных с бессимптомно протекающей гипертонической болезнью, а также, что очень важно, больных с начальными стадиями заболевания.

В настоящее время по вопросу о диспансеризации этих больных существуют две точки зрения. Согласно одной из них, официальной, диспансеризация больных гипертонической болезнью должна проводиться только силами участковых и цеховых терапевтов.

Согласно другой — нашей, вся работа по диспансеризации больных гипертонической болезнью должна проводиться врачами специальных учреждений — диспансеров, в тесном контакте с участковыми и цеховыми врачами.

Руководствуясь решениями Всесоюзной конференции терапевтов 1954 г., мы открыли при клинической больнице гор. Куйбышева 6 августа 1954 г. организационно-методический центр по борьбе с гипертонической болезнью. В задачи этого центра входит оказание помощи участковым врачам в их работе по диспансеризации больных гипертонической болезнью, а также консультативная помощь больным гипертонической болезнью, присылаемым врачами города и области.

Мы рекомендуем для учета обращающихся больных завести специальный журнал, содержащий следующие вопросы:

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Пол	Название предприятия, где работает	Должность	Семейное положение
1	2	3	4	5	6	7
	Место постоянного жительства	Дата взятия на учет	Диагноз заболевания с отметкой высоты артериального давления и пульса	Дата взятия на учет	Дата снятия с учета, причины	
	8	9	10	11	12	

Необходимо, кроме того, иметь еще один журнал для учета всех проводимых специальных мероприятий: трудоустройство, перевод на инвалидность, предоставление санаторно-курортного лечения и пр. На каждого больного гипертонической болезнью заполняется подробная история болезни с ответом на все вопросы схемы обследования.

Кроме истории болезни, на каждого больного заполняется карта диспансерного наблюдения, на одной стороне которой кратко отмечаются паспортные данные, а на другой — дата явки больного в диспансер и срок следующей явки. Карта диспансерного наблюдения помогает осуществлять контроль за выполнением плана диспансеризации и определять степень активности диспансерного наблюдения. Принимая во внимание большой объем работы врача кабинета-диспансера, он должен принимать не 6 больных в час (как это установлено для участкового терапевта), а 3—4 человека в час.

Один раз в неделю выделяется так называемый профилактический день, когда врач проводит изучение условий труда и быта больных, находящихся под диспансерным наблюдением, выступает с лекциями и пр.

На крупных заводах, с количеством рабочих более 10 тысяч, при заводских медико-санитарных частях мы рекомендуем кабинеты-диспансеры для больных гипертонической болезнью данного предприятия.

Можем отметить, что первый в Советском Союзе кабинет-диспансер был организован нами при поликлинике № 5 гор. Куйбышева в 1948 г. Он продолжает работать и в настоящее время. Кабинет этот пользуется большой популярностью у населения. Под диспансерным наблюдением этого кабинета в конце 1956 г. состояло 1320 чел. 514 из них (38,9%) наблюдаются врачом кабинета более 5 лет.

В ноябре 1955 г. был открыт подобный кабинет-диспансер при лечебном объединении № 15 гор. Куйбышева.

В 1956 г. созданы кабинеты-диспансеры при городской больнице гор. Сызрани.

Приведем некоторые статистические данные. Всего под диспансерным наблюдением в четырех кабинетах-диспансерах гор. Куйбышева находится 2174 чел., из них 617 мужчин и 1557 женщин.

Большинство больных, находящихся под диспансерным наблюдением (79,35%), в возрасте старше 40 лет. Однако, 449 больных (20,65%) находятся в возрасте до 40 лет. Под нашим наблюдением имеются 88 больных гипертонической болезнью (4,05%), в возрасте до 20 лет. Это обстоятельство свидетельствует о том, что гипертоническая болезнь нередко в юношеском и даже в детском возрасте.

У подавляющего большинства наших больных имеется доброкачественная форма гипертонической болезни (99,77%); среди этих больных преобладает II стадия заболевания (у 65,96% больных). Больных со злокачественной формой гипертонической болезни в настоящее время под наблюдением наших кабинетов-диспансеров имеется 5 (0,23%).

Около половины наших больных — 50,37% являются рабочими и служащими, 6,67% — учащимися. Значительная часть больных является домашними хозяйками. При изучении анамнеза удалось выяснить, что более половины их раньше работали на производстве и в учреждениях. 270 больных (12,42%) являются инвалидами и пенсионерами. Следует заметить, что подавляющее большинство их получили инвалидность до взятия их на учет.

Кабинетами-диспансерами проводится значительная работа по патронажу. Так, патронажной сестрой кабинета при поликлинике № 5 за последние 5 лет сделано более 5 тысяч посещений больных на дому. В этой работе активно участвуют и студенты 6 курса, проходящие в кабинетах-диспансерах при поликлинике № 5 и лечебном объединении № 15 занятия по диспансеризации.

Большая работа проводится кабинетами по трудоустройству больных гипертонической болезнью. В вопросах трудоустройства мы подходим индивидуально к каждому больному. Так в кабинете-диспансере при поликлинике № 5 из 591 работающих больных было трудоустроено 154 человека; у большинства из них после трудоустройства отмечаются значительное улучшение общего состояния, уменьшение или прекращение жалоб, значительное снижение артериального давления, в ряде случаев до нормального, на протяжении длительного времени.

Одним из показателей эффективности работы кабинетов-диспансеров является количество выданных больничных листов. За 6 лет (1951—1956) кабинетом-диспансером при поликлинике № 5 было выдано 847 больничных листов с числом дней нетрудоспособности 9 006.

На протяжении указанного времени отмечается постепенное снижение количества больничных листов и дней нетрудоспособности по ним. Так, в 1951 г. было выдано 168 больничных листов с числом дней нетрудоспособности 2 084, в 1956 г. выдано 128 больничных листов с числом дней нетрудоспособности 1 161, то есть на 40 больничных листов и 923 дня нетрудоспособности меньше.

Отмечается уменьшение числа дней временной нетрудоспособности, приходящихся в среднем на каждый больничный лист. В 1951 г. на каждый больничный лист приходилось 12,4 дня, а в 1956 г. 9,1 дня, то есть на 3,3 дня меньше. Уменьшение больничных листов и дней нетрудоспособности в результате диспансерного наблюдения ярко демонстрирует значение диспансерного метода в сохранении трудоспособности больных гипертонической болезнью.

Подход к переводу больных гипертонической болезнью на инвалидность различен у разных авторов. Мы согласны с А. Л. Мясниковым, который призывает врачей избегать травмирования „психики больных угрозой нетрудоспособности“. Больные нередко тяжело переносят предложение врача о переводе в инвалиды.

Мы считаем, что подавляющее большинство больных с I функциональной стадией гипертонической болезни являются трудоспособными и в переводе на инвалидность не нуждаются. Лишь некоторых больных с этой стадией, у которых амбулаторное и стационарное лечение, а также пребывание в профилакториях и санаториях не оказывают эффекта, приходится переводить в инвалиды III группы с рекомендацией более легкой работы.

Подавляющее большинство больных со II стадией гипертонической болезни также является трудоспособными, несмотря на высокое артериальное давление. Они могут выполнять свои профессиональные обязанности, конечно, при условии освобождения их от дополнительных нагрузок, работы в ночные смены, разъездов и пр., а также при обязательном систематическом лечении и, что особенно важно, пребывании в профилакториях и санаториях (местного значения).

В тех случаях, когда эффекта от всех видов проводимого лечения не наступает, больные переводятся (весьма редко) в инвалиды III группы.

Само собою разумеется, что рассматривая вопрос о переводе на инвалидность больных гипертонической болезнью, следует основываться

ваться, прежде всего, на данных обследования больного и учитывать функциональное состояние жизненно важных органов, чаще всего поражающихся при гипертонической болезни (сердце, мозг, почки). Нельзя необоснованно переводить больных со II стадией гипертонической болезни в инвалиды II группы, основываясь лишь на субъективных ощущениях больного, так как может быть преувеличение этих ощущений. Больные с III стадией, а также со злокачественной формой гипертонической болезни переводятся в инвалиды II или I группы, в зависимости от степени функциональной недостаточности жизненно важных органов.

Насколько строго мы подходим к переводу на инвалидность больных гипертонической болезнью, свидетельствуют данные об инвалидности по кабинету-диспансеру при поликлинике № 5 за 6 лет (1948—1954). Из числа больных с I стадией заболевания нет ни одного, который получил бы инвалидность по гипертонической болезни. 6 человек этой стадии имеют инвалидность по другим заболеваниям: эхинококк легкого, неврит слуховых нервов и пр.

Из числа больных II стадии переведено в инвалиды лишь 22 человека, из них 7 человек — инвалиды III группы, 15 — инвалиды II группы, причем 13 из них, несмотря на инвалидность, продолжали работать на другой, более легкой работе.

Среди больных с III стадией заболевания переведено в инвалиды 26 человек, из них 4 человека получили I группу инвалидности, 16 человек — II группу и 6 человек — III группу. Перевод больных со II стадией гипертонической болезни в инвалиды II группы не носит постоянного характера. В результате систематического диспансерного обслуживания 18 больных — инвалидов II группы были переведены в III группу.

В результате 6-летней работы по диспансеризации больных гипертонической болезнью (1948—1954) у 93,9% больных была сохранена профессиональная трудоспособность.

Последнее обстоятельство еще раз подчеркивает, насколько важны организационные формы в борьбе с гипертонической болезнью.

За 10 лет нами наблюдался 41 больной злокачественной формой гипертонической болезни в госпитальной терапевтической клинике (3,34% от общего числа больных гипертонической болезнью, лечившихся за указанный срок в клинике).

Указанное число больных со злокачественной формой гипертонической болезни несколько превышает статистические данные некоторых авторов. Так, по данным А. Л. Мясникова, злокачественный вариант гипертонической болезни имел место у 1,5% всех больных гипертонической болезнью, леченных в Институте терапии АМН СССР в 1948—1950 гг.; по данным Н. Е. Кавецкого, он встретился у 0,99% больных гипертонической болезнью, находившихся на стационарном лечении в факультетской терапевтической клинике Куйбышевского медицинского института.

Как литературные, так и наши данные свидетельствуют о том, что это тяжелое заболевание, к счастью, встречается довольно редко.

Как известно, существует два взгляда на злокачественную форму гипертонической болезни. Одни авторы — Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников, В. Ф. Зеленин и некоторые другие — не признают существования особой злокачественной формы гипертонической болезни, другие — П. Н. Николаев, С. С. Зимницкий, Е. М. Тареев — выделяют ее в самостоятельную форму.

Мы еще 20 лет тому назад, в 1936 г., выступая на научной сессии Куйбышевского медицинского института, высказали свой взгляд на эту форму гипертонической болезни как на заболевание *sui generis*. Мы отмечали тогда, что „...скорее всего это два различных заболевания со своими этиологическими факторами, различными морфологическими изменениями и разным клиническим течением“. Этой точки зрения мы придерживаемся до настоящего времени.

Что касается так называемых вторичных злокачественных гипертоний, существование которых признают некоторые авторы, то мы их рассматриваем лишь как III стадию доброкачественной формы гипертонической болезни, при которой имеются наиболее выраженные изменения в почках (почечный тип). Если под обозначение „злокачественная гипертония“ многие авторы относят те случаи доброкачественной формы гипертонической болезни, которые заканчиваются смертью от уремии, то спрашивается, почему тогда в эту рубрику не внести случаи, заканчивающиеся смертью от инфаркта миокарда, тяжелой недостаточности кровообращения или кровоизлияния в мозг? Не подлежит сомнению, что если признавать переход доброкачественной формы гипертонической болезни в злокачественную, учитывая довольно значительное распространение этого заболевания, он должен был бы наблюдаться гораздо чаще.

Изучение этиологических факторов заболевания у наших больных дает нам возможность прийти к заключению, что перенапряжение высшей нервной деятельности не играет ведущей роли в происхождении злокачественной формы гипертонической болезни.

В заключение мы должны еще раз подчеркнуть всю важность и необходимость создания диспансерных форм борьбы с гипертонической болезнью, ибо они проверены практикой, жизнью.

Поступила 6 января 1958 г.