

О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Проф. А. И. Германов и доц. Н. И. Гусева

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

Как известно, среди болезней органов кровообращения гипертоническая болезнь занимает первое место по частоте (16,2 случая на 1000 по сообщению К. Я. Шхвацабая на I Всероссийском съезде терапевтов, 1958 г.).

Эта цифра характеризует число больных по текущей обращаемости. Истинное же количество больных установить можно только в результате массовых измерений АД у практически здоровых лиц. По данным большинства отечественных статистиков, гипертоническая болезнь имеется у 4—6% населения (Л. П. Прессман, Е. П. Федорова и др.). Наиболее частыми причинами смерти от болезней органов кровообращения являются атеросклеротический кардиосклероз и гипертоническая болезнь. По данным К. Я. Шхвацабая, только больничная летальность от гипертонической болезни составила в 1957 г. 4,6%.

Таким образом, гипертоническая болезнь имеет большое социальное значение, и организация борьбы с ней является общегосударственной задачей.

Для выявления больных гипертонической болезнью велико значение как текущей обращаемости, так и систематически проводимых профилактических медицинских осмотров. Лица с повышенным АД должны быть диспансеризованы.

Массовые измерения АД следует производить в первую очередь у рабочих и служащих ведущих промышленных предприятий и учащихся высших и средних учебных заведений. Контингенты диспансеризируемых должны соответствовать возможностям диспансеризирующих, поэтому в настоящее время не ставится задача диспансеризации всего населения города, района.

Для учета первично обратившихся больных у врача должен быть специальный журнал, куда заносятся основные сведения о больном. Заводится карта диспансерного наблюдения, в которой отмечаются дата явки больного к врачу и срок следующего посещения. Она помогает осуществлять контроль за выполнением плана диспансеризации и определять степень активности диспансерного наблюдения.

Больные должны посещать врача 1 раз в 3 месяца, в случае ухудшения состояния — чаще. Если больной не посещает лечебное учреждение дольше установленного срока, его вызывают по почте или посещает патронажная сестра.

Гипертоническая болезнь есть реакция организма на неблагоприятные условия внешней среды, на конкретные отрицательные условия труда и быта. В этой связи становится понятным, почему никакие из известных медикаментозных средств не могут не только излечить, но даже дать длительный стойкий эффект, если они одновременно не дополняются соответствующим изменением условий жизни больного. Поэтому для успешной борьбы с гипертонической болезнью требуются не только лечебные мероприятия, но и широко развернутые профилактические меры, в первую очередь по улучшению условий труда и быта. Исходя из этого, диспансеризация предусматривает обязательное посещение врачом больных на дому для изучения условий труда и быта и выявления факторов, имеющих значение в этиологии болезни.

При обследовании условий быта врач проводит соответствующие беседы как с самим больным, так и с членами его семьи (в отсутствие больного).

Посещая больных по месту работы, врач знакомится с условиями труда, характером работы, отмечает те или иные вредности, выявляет, каковы взаимоотношения больного с администрацией и товарищами по работе, как он выполняет производственное задание и прочее. Ознакомление врача с условиями работы дает возможность правильно осуществлять трудоустройство больных.

К вопросу о трудоустройстве больных гипертонической болезнью нельзя подходить шаблонно, переводя их на «более легкую работу», как это нередко делается. Необходимо, прежде всего, выяснить, как относится к своей работе сам больной. Очень часто больные после перевода их на более легкую, по мнению врача, работу чувствуют себя гораздо хуже, чем на более тяжелой работе, которую они выполняли много лет. Трудоустройство больных гипертонической болезнью должно проводиться с большой осторожностью и строго индивидуальным подходом. При этом основное значение имеют мероприятия, направленные на уменьшение (ослабление) психоэмоционального напряжения и устранение эмоциональных моментов, с которыми сопряжена работа. Необходимо считать также со степенью тяжести физической нагрузки; больным гипертонической болезнью противопоказаны тяжелый физический труд и работа, связанная с большой нагрузкой сердечно-сосудистой системы. Противопоказана работа, связанная с нервным перенапряжением, сильным шумом, слишком высокой температурой, большой влажностью, непрерывным циклом (на конвейере), ночными дежурствами, ненормированным рабочим днем, частыми и длительными командировками и т. д.

Правильное и своевременное трудоустройство больных, на что неоднократно указывали в своих работах Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников, Л. И. Фогельсон, а также дру-

гие авторы, является важным мероприятием, препятствующим дальнейшему прогрессированию заболевания, а также сохранению профессиональной трудоспособности рабочих и служащих.

Если учесть довольно значительное распространение гипертонической болезни среди лиц юношеского возраста, становится понятным, насколько серьезно должна быть поставлена диспансеризация среди учащихся средних и высших учебных заведений, ибо это является залогом успешного решения вопроса борьбы с гипертонической болезнью вообще. Среди этого контингента больных гипертонической болезнью можно проводить следующие мероприятия: освобождение от дополнительных общественных поручений, участия в спортивных соревнованиях, предоставление путевок в санатории и дома отдыха. Проводятся беседы с родителями и родственниками учащихся о создании необходимых условий для них, назначается необходимое лечение в амбулаторных, а если нужно (в редких случаях), и стационарных условиях.

При лечении основное значение имеют мероприятия, направленные на восстановление нормальной работы высшего отдела центральной нервной системы — коры больших полушарий головного мозга. С этой целью больному даются советы относительно рационального распорядка дня, характера работы, диеты и пр.

Рабочий день должен быть нормированным. Умственный труд в течение дня надо обязательно сочетать с легким физическим. Совершенно обязательное условие — использование выходных дней и очередного отпуска. Если во время работы больной плохо себя чувствует, у него усиливаются головные боли или появляются другие болезненные ощущения (головокружение, рассеянность, шаткость походки и пр.), необходимо прервать работу и обратиться к врачу.

Сон в течение 1—2 часов в середине дня имеет большое значение для сохранения трудоспособности. Особенно он рекомендуется тогда, когда наступает сонливость, что является первым признаком утомления. Вообще необходимо уделить особое внимание правильному режиму сна. Сон больных гипертонической болезнью должен длиться не менее 8—9 часов. Ложиться спать следует всегда в одни и те же часы. Перед сном желательна прогулка в течение часа. В воскресные дни больные должны рационально организовывать свой отдых, меняя ту обстановку, в которой они постоянно находятся. Если состояние больного хорошее, рекомендуется воскресный день в летнее время проводить на свежем воздухе, за городом, гулять в поле или в лесу, заниматься рыбной ловлей, охотой.

В зимнее время некоторым больным с I и II стадиями заболевания можно разрешить прогулки на лыжах по ровной местности на небольшие расстояния, однако участвовать в различного рода спортивных состязаниях категорически запрещается.

Больным гипертонической болезнью противопоказаны употребление спиртных напитков и курение табака.

Им нельзя находиться на солнце, особенно без головного убора, а также в плохо проветриваемом помещении (например, в закрытых кинотеатрах в летнее время).

Больным гипертонической болезнью можно регулярно принимать теплые души. Купаться в реке или море можно лишь больным с I и некоторым больным со II стадией заболевания утром или вечером. Купание должно быть непродолжительным. Нельзя купаться при очень низкой температуре воды. Желательны ежедневные, по утрам, обливания тела водой комнатной температуры.

Успеху в лечении способствует правильное питание. Больным рекомендуется смешанная, полноценная, богатая витаминами пища, но питание не должно быть избыточным. Не следует употреблять большого количества пищи за один раз. Число приемов пищи должно быть не менее трех-четырех в сутки. Рекомендуется принимать пищу всегда в одни и те же часы. Ужинать следует не позднее, чем за 2 часа до сна; ужин должен быть легким, например, стакан простокваши. Не рекомендуется пить крепкий чай и натуральный кофе, особенно на ночь.

Необходимо ограничить употребление пищи, богатой экстрактивными веществами, — мясные бульоны, соусы и различные приправы со специями и пряностями — перцем, горчицей и т. д. Супы должны быть преимущественно вегетарианскими.

Следует также ограничить употребление продукты, содержащие в большом количестве холестерин. Им богаты яичные желтки, масло, сметана, жирные сорта мяса и рыбы, внутренние органы животных, икра, телятина и некоторые другие. Но вовсе не значит, что эти продукты должны быть полностью исключены из пищевого рациона. Из продуктов, богатых белком, можно рекомендовать творог, сыр, нежирные сорта мяса и рыбы. Последние лучше употреблять в вареном и паровом виде. Разрешается молоко, если оно хорошо переносится больным. При неосложненной гипертонической болезни не следует ограничивать количество выпиваемой жидкости, особенно в жаркое время года. Но нельзя употреблять много жидкости за один раз (больше стакана) и на ночь.

При склонности к ожирению полезно 1 раз в 7—10 дней проводить разгрузочные дни, уменьшить прием поваренной соли; периодически же, на 10—20 дней, целесообразно исключить соль из пищи совершенно. Пища должна быть богата витаминами.

Лечение больных такой хронической болезнью, какой является гипертоническая, должно быть систематическим, пунктуальным, длительным. Даже если состояние

больного вполне удовлетворительное, он должен регулярно, 1 раз в 3—4 месяца, показываться врачу.

Больным с частыми кризами, с более поздними стадиями заболевания рекомендуется периодически, 1—2 раза в год, лечение в стационаре, что содействует улучшению общего состояния, предупреждению грозных осложнений и сохранению трудоспособности.

Большинство больных с начальными стадиями гипертонической болезни в стационарном лечении не нуждается. Часто достаточно устранить некоторые отрицательные факторы в быту и на производстве, и самочувствие больных улучшается, а АД снижается до нормы. Такие больные иногда даже не нуждаются в назначении лекарственных средств.

Неоценимое значение имеют дневные и ночные санатории или профилактории, организуемые при крупных заводах и фабриках. В ночной профилакторий больные должны направляться на один месяц без отрыва от производства, не менее двух раз в течение года. В нем больным должно обеспечиваться врачебное наблюдение, диетическое питание, соответствующее медикаментозное лечение и все необходимые условия для отдыха и спокойного сна.

В дневной профилакторий рабочие и служащие должны направляться после первой половины рабочего дня. В профилактории они получают соответствующее питание, в течение часа отдыхают в затемненных комнатах, изолированных от шума. Желательно, чтобы больным, направляемым в дневной профилакторий, был продлен обеденный перерыв до двух часов. После отдыха больные продолжают свою работу. Ночные санатории вполне оправдали себя.

Эффективность лечения в них нередко даже выше, чем в условиях стационара (В. А. Вальдман, Н. Л. Воробейчик и др.). Отмечая положительную роль в лечении больных гипертонической болезнью в условиях ночного санатория, М. С. Маршак, Э. Г. Парамонова и Е. Н. Боринская указывают, что хорошее самочувствие у большинства больных сохраняется в течение 4—6, а у некоторых даже на протяжении 7—11 месяцев.

При выборе курортов больным гипертонической болезнью следует отдавать предпочтение санаториям местного значения. Больные с начальными стадиями заболевания могут быть направлены в нежаркое время года на южные курорты (Сочи, Кисловодск и др.). Больным с более поздними стадиями, а также с приступами стенокардии и при склонности к гипертоническим кризам нецелесообразно выбирать для отдыха и лечения дальние южные курорты.

Лучшие результаты дает, например, поездка на пароходе по Волге, особенно в плавучих домах отдыха и санаториях (тоже в нежаркое время года).

Подход к переводу на инвалидность неодинаков у разных авторов. Мы вполне согласны с А. Л. Мясниковым, который призывает врачей избегать травмирования «психики больных угрозой нетрудоспособности». Больные нередко тяжело переносят предложение врача о переводе в инвалиды. Поэтому мы не можем согласиться с некоторыми авторами (Д. А. Полещук, М. А. Кипнис, М. А. Ковнацкий и некоторые другие), которые довольно широко переводят в инвалиды даже больных с первой стадией гипертонической болезни. Так, М. А. Ковнацкий, проводя анализ работы Ленинградских ВТЭК за 1945—46 годы, отмечает, что 32,3% больных гипертонической болезнью, получивших инвалидность, составляют больные I стадией заболевания. Мы разделяем мнение ряда авторов — Л. И. Фогельсона, Ф. Я. Ноткиной, Я. Е. Эрмана, В. М. Чегодаевой и других, что заметного снижения трудоспособности у больных I стадией гипертонической болезни не наблюдается.

На наш взгляд, подавляющее большинство больных I (функциональной) стадией гипертонической болезни является трудоспособным и в переводе в инвалиды не нуждается. Лишь некоторых больных этой стадией, у которых амбулаторное и стационарное лечение, а также трудоустройство и пребывание в профилакториях и санаториях не оказывает эффекта, приходится временно переводить в инвалиды III группы.

Большинство больных II стадией гипертонической болезни также является трудоспособным. Они могут выполнять свои профессиональные обязанности, конечно, при условии трудоустройства, а также обязательного систематического лечения.

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

Само собою разумеется, что, рассматривая вопрос о переводе больных гипертонической болезнью в инвалиды, следует учитывать, прежде всего, функциональное состояние жизненно важных органов, чаще всего поражающихся при этом заболевании (сердце, мозг, почки). Нельзя необоснованно переводить больных II стадией заболевания в инвалиды II группы, базируясь лишь на субъективных ощущениях больного, так как может быть преувеличение больным этих ощущений. В случаях стойкой высокой гипертензии у больных этой стадией гипертонической болезни (выше 200/120) вопрос о трудоспособности должен решаться в строго индивидуальном порядке и в ряде случаев желательно временно предоставлять больным инвалидность III или II группы. Больные с III стадией, а также со злокачественной гипертонией обычно являются нетрудоспособными и переводятся в инвалиды II или даже I груп-

лы, в зависимости от степени функциональной недостаточности жизненно важных органов.

Как мы уже говорили, диспансеризация предусматривает, наряду с широкими профилактическими мероприятиями, все виды лечебной помощи — медикаментозного, физиотерапевтического, применение лечебной физкультуры и пр.

Необходимо подчеркнуть значение двух моментов в профилактике осложнений гипертонической болезни.

Первый касается безвозмездных периодических дач крови больными с высоким АД на станциях переливания крови. Это мероприятие начинает широко внедряться в практику в г. Куйбышеве.

Второй заключается в назначении антикоагулянтов больным с более поздними стадиями гипертонической болезни, если часто повторяются приступы стенокардии или гипертонические кризы и имеется высокое содержание протромбина крови (выше 100%). Антикоагулянты следует назначать в стационарных условиях с учетом обычных противопоказаний и в общепринятой дозировке.

Такого рода мероприятия мы проводим в необходимых случаях 2 раза в течение года (наряду, конечно, с обычным лечением гипотензивными средствами).

Важное условие профилактики гипертонической болезни — широкая санитарно-просветительная работа.

Врач должен дать больному правильное представление о его заболевании и вселить в него уверенность в выздоровлении при условии выполнения им всех предписаний врача. Вопрос о том, говорить или не говорить больному о повышении у него АД, нам кажется, следует решить положительно. Если врач с целью успокоить больного будет говорить, что у него давление невысокое (в то время как оно на самом деле высокое), это может привести к тому, что больной, уверенный в улучшении заболевания, не станет соблюдать предписанного режима, будет выполнять непосильную для него работу, во время которой нередко возникают грозные осложнения (инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг и другие). При этом совершенно не обязательно говорить больному цифры АД.

Врачи должны выступать с лекциями и докладами в рабочих клубах, на предприятиях, в учебных заведениях, по радио, телевидению и т. д.

В г. Куйбышеве функционируют 5 кабинетов-диспансеров при поликлиниках города (открытого типа) и 2 при медсанчастях заводов. Три кабинета-диспансера открыты в городах области.

На 1 января 1959 г. под диспансерным наблюдением всех кабинетов-диспансеров находились 3986 больных гипертонической болезнью (1 167 мужчин и 2 819 женщин).

Большинство (80,71%) старше 41 года. У подавляющего большинства больных (99,82%) имеется доброкачественная форма гипертонической болезни; среди них преобладает II стадия заболевания (у 72,73%). Злокачественная гипертония имеется в 0,18%.

Большое внимание уделяется изучению условий труда и быта. Значительная работа проводится по трудоустройству больных. Только в течение 1958 г. было трудоустроено 184 человека. У большинства из них после трудоустройства отмечаются улучшение общего состояния, уменьшение или прекращение жалоб, значительное снижение АД, у ряда больных — до нормального, на протяжении длительного времени.

Один из показателей эффективности работы кабинетов-диспансеров — состояние временной нетрудоспособности. Так, в кабинете-диспансере при поликлинике № 5 на протяжении последних 8 лет отмечается постепенное снижение числа случаев и дней временной нетрудоспособности. (В 51 г. выдано 168 больничных листов с числом дней нетрудоспособности 2 084, а в 58 г. — 67 больничных листов с числом дней нетрудоспособности — 472.) Уменьшилось и число дней нетрудоспособности, приходящихся в среднем на один больничный лист (с 12,4 в 51 г. до 7 дней в 58 г.).

Значительно снизилась временная нетрудоспособность по гипертонической болезни и в других кабинетах-диспансерах. Медико-санитарной частью одного предприятия в 56 г. (до создания кабинета-диспансера) больным гипертонической болезнью выдано 336 больничных листов с 3 931 днем нетрудоспособности; в 57 г. — 262 больничных листа с 2 658 днями нетрудоспособности. На 100 работающих отмечено снижение в 57 г., по сравнению с 56 г., случаев временной нетрудоспособности на 0,61, дней нетрудоспособности — на 9,39.

За период с 53 по 58 г. врачами кабинетов совместно с цеховыми и школьными врачами проведено измерение АД у 22 185 человек. Среди 15 964 рабочих и служащих гипертония выявлена в 5,97%; среди 6 221 учащегося средних и высших учебных заведений — в 1,74%. Лица с повышенным давлением взяты под диспансерное наблюдение соответствующими кабинетами-диспансерами, по отношению их проведены необходимые лечебные и профилактические мероприятия.

Таким образом, имея многолетний опыт работы по диспансеризации больных гипертонической болезнью, мы твердо убеждены, что только диспансеризация и повсеместная организация вышеуказанных специальных учреждений даст возможность развернуть действенную борьбу с этим заболеванием в общегосударственном масштабе.

1. Беляева Н. К. Тр. института терапии АМН СССР, 1958, вып. V. — 2. Она же и Биткова С. И. Клин. мед., 1954, 10. — 3. Вальдман В. А., Воробейчик Н. Л. и др. В сб. «Вопр. патол. крови и кровообращения», Л., 1946, III. — 4. Германов А. И. Сов. мед., 1949, II. — 5. Он же. Тр. Куйбышевского мед. ин-та, 1950, III. — 6. Он же. Тр. Куйбышевского мед. ин-та, 1954, V. — 7. Он же. Новые пути борьбы с гипертонической болезнью, Куйбышев, 1957. — 8. Он же и Гусева Н. И. Клин. мед., 1957, 1. — 9. Гусева Н. И. Диспансеризация — основной метод борьбы с гипертонической болезнью. Канд. дисс., Куйбышев, 1954. — 10. Она же. Организационно-методические мероприятия по борьбе с гипертонической болезнью. Практические предложения, методические указания. Куйбышев, 1957. — 11. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь, М., 1950. — 12. Маршак М. С., Парзимонова Э. Г., Боринская Е. Н. Сов. мед., 1951, 10. — 13. Они же. Тр. АМН СССР. Пробл. экспер. гипертонии и гипертонической болезни, 1953, 3. — 14. Матешвили Г. И. и др. Тр. расшир. сесс. ин-та клин. и экспер. кардиол. Тбилиси, 1953. — 15. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь, Медгиз, 1954. — 16. Ноткина Ф. Я. В кн.: «Вопр. врачебной экспертизы нетрудоспособности», 1948. — 17. Пагаева И. К. и др. Тр. ин-та клин. и экспер. кардиол. Тбилиси, 1953, II. — 18. Поleshuk Д. А. и Кипнис М. А. В кн.: «Вопр. гипертонической болезни и недостаточности кровообращения». Горький, 1951. — 19. Прессман Л. П., Коган Ц. Я. и Атласова А. Л. В сб. «Теория и практика клинической медицины», Москва, 1952, 4. — 20. Федорова Е. П. Тер. арх. 1955, 3. — 21. Фогельсон Л. И. Новости медицины. Гипертоническая болезнь, 1948. — 22. Он же. В сб. «Врачебно-трудовая экспертиза в РСФСР», 1948. — 23. Цинамзгваров М. И. Тр. XII Всес. съезда терапевтов, М. — Л., 1940. — 24. Чегодаева В. М. Вспр. гипертонической болезни и недостаточности кровообращения, Горький, 1951. — 25. Эрман Я. Е. Трудоспособность и трудоустройство при гипертонической болезни. Канд. дисс., М., 1952. — 26. Fenyvesi J., Laszlo A., Gergely I., Orvosi Hetilap, 1953, 43. — 27. Nagy G., Gergely I., Solymar I., Fiala E., Vermes G., Orvosi Hetilap, 1953, 43. — 28. Policzer M., Orvosi Hetilap, 1952, 47. — 29. Policzer M., Barcza S., Szekely A., Fiala E., Földes I., Orvosi Hetilap, 1953, 43.

Поступила 13 октября 1959 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Проф. М. М. ГРАН КАК ГИГИЕНИСТ И ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(К 20-летию со дня смерти)

Доктор мед. наук В. В. Трейман

Кафедра организации здравоохранения и истории медицины (зав. — проф.
Т. Д. Эпштейн) Казанского медицинского института

Моисей Маркович Гран, принадлежащий к числу выдающихся представителей казанской школы гигиенистов и организаторов здравоохранения, родился 28 апреля 1867 г. в Самаре в семье бедного ремесленника. Сын кантониста, проходившего с 9-летнего возраста в течение 35 лет военную службу в условиях жестокого строевого режима николаевских времен, Моисей Маркович в первые годы своей жизни испытал много лишений и невзгод. Помогая своему отцу, ставшему после окончания военной службы переплетчиком, М. М. Гран полюбил чтение и решил преодолеть все стоявшие на его пути препятствия и получить образование. С большим трудом ему удалось поступить в самарскую гимназию. Не бросая до 16-летнего возраста работы у станка переплетчика, М. М. Гран успешно закончил в 1887 г. гимназический курс.

Находясь в 5 классе самарской гимназии, М. М. Гран вступил в нелегальный революционный кружок, изучавший труды Маркса.

По окончании гимназии М. М. Гран поехал в Казань и, проявив настойчивость и упорство, добился зачисления в число студентов медицинского факультета.

