

Достоинo внимания и следующее явление: — из наших больных нам удалось вызвать титу человек, которые ранее страдали гипертонической болезнью. Как только они заболели дистрофией, в процессе последней наступила гипотензивная фаза и все признаки, характеризующие гипертонию настолько притихли, что трудно было их вызвать, а после восстановления питания опять возобновились и стали прогрессировать и болезнь приняла злокачественный характер со всеми ее грозными последствиями, в результате чего четверо погибли.

В двух случаях мы наблюдали аналогичные явления и при почечной гипертонии. Эти больные ранее страдали недоритмией, по поводу чего несколько раз были госпитализированы. Позже в больницу они попали в нашу б-чу с диагнозом: „алиментарная дистрофия III степени“ и слабо выраженными явлениями со стороны почек при нормальном кровяном давлении.

При постепенном восстановлении питания соответственно стало повышаться кровяное ^{сопровождаясь} давление и нарастать ^{цием} явления почечной недостаточности, в результате чего они довольно скоро погибли от уремии.



Всеми признано, что наличие повышенного кровяного давления представляет один из ведущих и определяющих признаков ^{гипертензивной болезни} этого заболевания, но все-же необходимы и другие данные, подтверждающие правильность диагноза.

Что касается средних цифр кровяного давления для различного возраста, то существуют не одинаковые мнения у различных авторов.

Старая формула для максимального давления крови, к цифре 100 + годы исследуемого, — не является точным Законом для кровяного давления, изменяющегося в связи с возрастом организма. Гентер нашел следующие цифры при массовом измерении кровяного давления среди здоровых (См таблицу №___)

По Фольгарду кровяное давление выше 140 мм у молодых и в пожилом возрасте выше 160 мм — является патологией.

Такую границу устанавливает и Ромберг. Донзело называет гипертониками лиц с максимальным давлением крови свыше 160 мм, средним — 100 и минимальным — 70 мм ртутн. столба.

Ланг считает гипертоническим давлением свыше 150/80 мм ртутн. столба и мы в своей практической работе придерживаемся установок Г. Ф. Ланга.

В таблице № _____ приведены результаты изме-
 рения кровяного давления у наших 121 случая
 гипертонической болезни, при разных фазах за-
 болевания и амплитуде колебания в каждом
 отдельном случае, причем цифры кровяного дав-
 ления I фазы в ряде случаев превышают,
 цифры II фазы, II — III, III — IV и наоборот,
 т.к. при дифференцировке мы руководствовались
 не только результатами сфигмоманометрии,
 но и другими клиническими показателями,
 характеризующими ту или иную фазу заболе-
 вания.

В ранние периоды развития болезни кровя-
 ное давление подвергается значительным коле-
 баниям, а в поздних стадиях заболевания
 оно становится более стабильным, только в
случаях наступления недостаточности крово-
обращения и при мозговых инсультах значи-
 тельно изменяется систолическое давление
 в сторону снижения, а диастолическое оста-
 ется стабильным.

Из 121 гипертоников в 23 случаях мы по-
 лучили высокое систолическое и низкое диасто-
 лическое давление, т.е. когда цифры систо-
 лического в два раза превышали диастолич-
 еское. Такое несоответствие наблюдалось
 при выраженных склерозах и расщирении аорты.

В четырех случаях мы получили обратное явление: — низкое систолическое и высокое диастолическое давление, что указывает на глубокое нарушение функций миокарда связано выраженными явлениями коронарного синдрома.

Таким образом, тщательное и регулярное измерение кровяного давления имеет не только большое диагностическое значение, но и дает нам возможность распределить болезнь на фазы (стадии) и следить за эволюцией и динамикой процесса, причем нередко наблюдаемое несоответствие между систолическим и диастолическим давлением, дает нам представление о функциональной способности миокарда и степени поражения (органов).

Руководствуясь указаниями академика Зеленина, наши клинический материал мы распределили на 5 фаз, включая нулевую. К нулевой или прегипертонической фазе относятся лица, имеющие гипертоническую установку организма.

— Эти люди, по определению многих авторов (Шмидт, Мозентал, Хейр, Террик и др) отличаются своеобразным психическим профилем, а именно: сильной волей, динамичностью, неослабевающей энергией; гиперактивные

эмоционально и физически, честолюбивые, торопливые в еде, разговорах, ходьбе и т.д. У них отмечается кратковременное повышение кровяного давления и вазомоторная лабильность.

Помимо определения своеобразного психического профиля, при установлении гипертонической готовности организма, в последнее время применяют следующие пробы: "холодовая проба", проба задержкой дыхания и гиперпноэ.

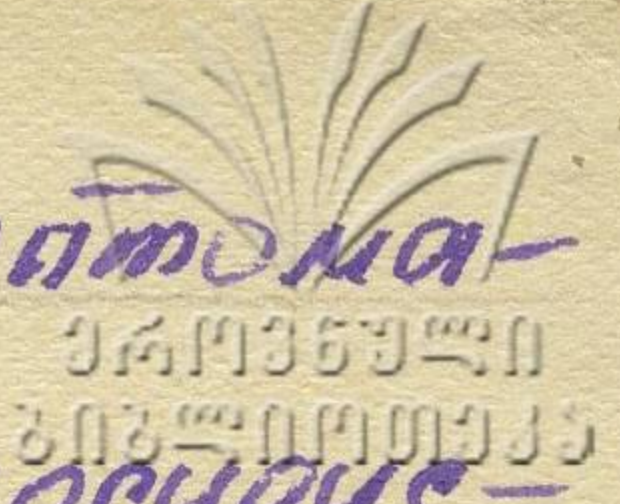
Эти пробы мы провели у 66 ^{лиц} больных, конечно, с нормальным кровяным давлением, находящихся в больнице по разным заболеваниям.

Из них: бывших дистрофиков - 30, не болевших дистрофией - 20 и 16 невротиков.

Получены следующие результаты:

см табл. № _____

Заслуживает внимания следующее обстоятельство, что расхождения в результатах указанных проб не было, т.к. каждый испытуемый во всех трех пробах давал или положительные или отрицательные результаты. Это явление говорит за целесообразность их применения для выявления гиперреакторов; ср. к. своевременное установление гипертонической готовности организма имеет большое значение для проведения соответствующих профилактических мероприятий.)



Из таблицы видно, что основная симптоматология болезни относится к сердечно-сосудистой системе. Вначале появляются симптомы функциональных нарушений, а в дальнейшем постепенно развивается „органическая симптоматика“.

Степень органического изменения сердца и сосудов, особенно в поздних фазах, определяет всю клиническую картину страданий.

— Это — симптомы либо коронарной недостаточности, либо недостаточности кровообращения.

Изменения со стороны сердца и аорты в их динамике наиболее ~~точно~~ объективно регистрировались ^{уже} при помощи Рентгена, благодаря чему мы получали ценные показатели о течении процесса.

Основным проявлением нарушений в вегетативной нервной системе, является склонность к ангиоспазмам, особенно при функциональном периоде заболевания I и II фаз.

В последних фазах очень часто наблюдается инсульт, вследствие резкого нарушения мозгового кровообращения. Что касается характеристики почечных изменений, то проведенные нами клинические исследования могут дать только ориентировочные данные.

Во всех фазах гипертонической болезни на глазном дне могут наблюдаться стойкие, исчезающие отеки соска и сетчатки. В поздних стадиях болезни стойкое сужение, извитость сосудов сетчатки и расширение вен, выраженный склероз артерий, кровоизлияние различной тяжести, побледнение соска и зрительного нерва. Между тем нужно отметить, что в динамике изменений глазного дна нет соответствия между отдельными фазами, т.к. нередко в летально-заключившихся случаях глазное дно оказывалось нормальным, а в начальной стадии довольно часто обнаруживались зрительные изменения.

В таблице № кратко изложена схема эволюции гипертонической болезни, но патологический процесс, как указывает Окад. Зеленкин, может остановиться на одной из перечисленных фаз.

В ряде случаев мы имели задержку типовой эволюции гипертонии при алиментарной дистрофии, в течении которой признаки гипертонии исчезали, но после восстановления питания, как указывали выше, они вновь проявлялись с еще большей силой и быстротой течения, и нередко болезнь принимала злокачественный характер.

В нашем материале смертельный исход от

23.

гипертонии За 3 года наблюдался у 34^х больных, от четверо из них погибли от нефрогенной формы.

Приводим таблицу № _____, указывающую на частоту распределения различных исходов.

Сперва разберем несколько случаев гипертонии почечного генеза, при которой повышение кровяного давления также является одним из закономерных и основных симптомов заболевания.

Случай 1^й:

Больной Примаков 27 лет. Поступил в больницу 21 октября 1949 года. В 1940 г. была проведена правосторонняя кастрация по поводу семиноми правого яичка. Объективно: легкие и сердце без особенностей; в брюшной полости безболезненное плотное, бугристое, несмещающееся новообразование, наполняющее почти $\frac{3}{4}$ брюшной полости.

В хирургическом отделении нашей больницы — пробная лапоратомия 27.10.49 г. 5 января 1950 г. был переведен в терапевтическое отделение, как неоперабельный случай с диагнозом «метастаз семиноми забрюшинной железы»

Помимо вышеуказанных явлений — резкое понижение диуреза ($20-30 \text{ см}^3$ в сутки); в моче 3%, многочисленные лейкоциты, образующие скопления, эритроциты — 10-15 в п/зр.; кровяное давление — 168/115 при пульсе — 120 ударов в минуту.

Летальный исход 10 января 1950 г. от уремии.

Этот случай представляет интерес в той мере, в какой в данном случае повышение кровяного давления что тут

ныя вызвано по типу экспериментальной гипертензии от сдавления метастазами опухоли почечных артерий и мочевыводящих путей, развившаяся а уремия возникла ^{не только} от накопления азотистых шлаков в крови ^{но и образованы в самих почках} токсических веществ и других продуктов распада почечной паренхимы, вследствие ишемии.

Случай 2^й:

Больной Матауш 21 года. Переведен из больницы ОЛП №1 25 февр. 1949 г. с диагнозом „пленетрирующая язва желудка“ для оперативного лечения.

Но ОЛП №1 больной поступил с 3^{ей} ОЛП „а“ - 17.02.49 г. с диагнозом „обострение хронического гастрита“

Выписка из истории болезни больницы ОЛП №1

„В прошлом - малярия. В данное время: субфебрильная температура; боли в животе; икота, „рвота зловонного характера“, часто с желчью; судороги и подергивания отдельных мышц лица. В моче: низкий удельный вес, белок и эритроциты - 5-6 в п/зр. Исследование крови: Нв - 66%, э - 4.530.000, Fi - 0,72%, л - 17.400, при повторном исследовании 23.600 лейкоц. в мм³.“

При поступлении в больницу „Ветлосян“ помимо вышеуказанной клинической картины, отмечалась поразительная бледность покровов у больного, с напряженным пульсом, поэтому нами было измерено кровяное давление и получены высокие цифры - 205/110 мм. ртутного столба, после чего был

поставлен диагноз - уремия - и больной направлен в терапевтическое отделение. При лабораторном исследовании - те же самые результаты.

В последующие дни: аммиачный запах изо рта, помрачение сознания, субфебрильная температура, уремические поносы со слизью и кровью.

Умер 2 марта 1949 г. от уремии при вторичной сморщенной почке.

Анализ данного случая:

У больного был хронический нефрит, по всей вероятности малярийной этиологии. Явления со стороны желудка, отмеченные еще в лазарете 3^{го} ОЛП, нужно полагать, возникли в результате движения шлаковых веществ через стенки желудка, - так называемый элиминационный гастрит от нарушения почечного фильтра.

А при дальнейшем течении болезни - соответствующие поражения со стороны нервной системы и кишечного тракта.

Наблюдаемый лейкоцитоз и другие изменения состава крови не являются парадоксом при уремии, а результат сфигмоманометрии в таких случаях является решающим фактором для диагноза.

Из остальных 30^{ти} умерших, в восьми случаях имела место злокачественная форма гипертонической болезни, которая характеризуется отсутствием ремиссий, быстрым и

одновременным поражением важнейших органов жизни органов и систем.

06105940
80840101035

В двух из этих случаев, не было полного совпадения клинического диагноза с анатомическим, ввиду особой редкости течения болезни и ее исходов.

Случай 1^й:

Больной Яковук, 61 год. Поступил в больницу из ОЛП № 7 - 24. XI. 45 г. и лечился по поводу алиментарной дистрофии II + III ст. и тяжелой цинги. После исчезновения признаков скорбута и восстановления питания стали развиваться все признаки злокачественной гипертонии с высоким кров. давлением - 260/145, в результате инсульта 7. XII. 49 г. с потерей сознания и легочное кровоотечение.

Через 6 часов сознание прояснилось, речь затруднена, зрачки сужены, на свет не реагируют; птоз верхнего века левого глаза; отклонение языка влево и опущение левого угла рта. Левосторонний гемипарез; расширение всех отделов сердца и аорты; склероз сосудов. Кровяное давление 115/85, пульс - 100 уд. в мин.; неравномерное дыхание; кровохаркание.

8-9/XII. Сознание ясное; кровохаркание прекратилось; кровяное давление 140/70; в моче:

высокий удельный вес, единичные лейкоциты / 4 /
клетки плоского эпителия.

34105940
31240101035

10 / XII - внезапное ухудшение состояния; помрачение сознания, кардиальная астма и другие признаки левожелудочковой недостаточности; пульс - 120; кровяное давление 130/105; нарушение функций тазовых органов: непроизвольная дефекация и мочеиспускание; субфебрильная температура.

Умер 12 / XII 1909 г.

Заключительный диагноз: - повторное кровоизлияние в мозг на почве злокачественной гипертонии при сопутствующем кардиосклерозе и общем артериосклерозе.

Результат вскрытия: обильное кровоотечивание ^{из} капиллярной сети центральной нервной системы, дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта при кардиосклерозе, коронаросклерозе и склерозе мозговых сосудов.

~~Анализ случая:~~

~~Больной Яковух в течение 3^x лет лечился в стационаре по поводу тяжелой дистрофии и экорбута, а на 4^й год, при восстановлении питания стали появляться признаки гипертонической болезни. Близкой к смерти он находился до наступления смерти.~~ В данном случае причиной редкого исхода гипертонической болезни

28.

мог послужить ранее перенесенный скорбут.
Как известно, при цинге, наблюдается специфическое поражение мезенхимы, а в капиллярах это выражается в недостаточности развития склеивающего вещества между клетками эндотелия, что ведет к повышению проницаемости капилляров. Поэтому причиной обильного кровотечения могло послужить системное поражение перикапиллярной и капиллярной сети при наличии повышенного кровяного давления.

Случай 2^й:

Больной Гаврилечко 50 лет. Переведен 8.12.49. из лазарета ОЛП № 16 с диагнозом „гипертоническая болезнь; недостаточность сердца I-II“. В анамнезе олиментарная дистрофия в 1945-46 годах. В 1947 г. почувствовал боли в области сердца, сердцебиение и одышку. Но все же до сентября м-ца 1949 г. чувствовал себя относительно хорошо. После рождения стало резко ухудшаться и больной в тяжелом состоянии был доставлен в больницу „Ветлосян“. Периодические сжимающие боли в области сердца с чувством замирания и крайне затрудненное дыхание, сильные пульсирующие головные боли с преходящими парезами. Расширение всех границ сердца с расширением восходящей и нисходящей частей аорты с явлениями выраженного склероза. В моче: белок и единичные гиалиновые цилиндры; тревожное само-

чувствие и бессонница; интеллектуальная утомляемость и забывчивость; значительная потеря зрения; кровяное давление стабильное - 265/130, причем систолическое давление в два раза больше диастолического.

Утром 31.12.49г., во время завтрака, сразу потерял сознание, появились кратковременные судороги и умер через 5 минут.

Клинический диагноз: — гипертония злокачественная; кровоизлияние в мозг, коронаросклероз, склероз и расширение аорты, артериосклероз общий.

Результат вскрытия: — Разрыв левой венечной артерии и гемоперикард.

Как первый, а особенно второй случай в смысле исхода заболевания являются казуистическими.

В мировой литературе описано всего 2 случая смерти от разрыва венечной артерии, как об этом указывает академик Абрикосов: (случай Томме и Ненитамсиян у девочки 12 лет от некроза стенки венечной артерии и второй случай Кованьчикова у 80^{ти} летнего старика).

Во всех остальных случаях смерти при гипертонической болезни расхождения между клиническими и анатомическими диагнозами в основном не было, за исключением еще одного случая у больного Перегуда 54^х лет.

После 2^х инсультов, обильных кровоизлия-
ние в мозг с последующими гемипарезами, нами
был поставлен диагноз повторного кровоизлия-
ния в мозг, чего секция не подтвердила.
По всей вероятности смерть последовала от па-
ралича сердца, а гемипарезы от ангиоспазмов
мозговых сосудов, называемых кризами Поля.

Относительно трудового прогноза мож-
но сказать следующее: —

~~Учитывая длительность и прогрессирующе
течение болезни — от двух до десятков лет —
правильное трудоустройство больных при гипер-
тонии имеет большое значение.~~

~~Выключение противопоказанных видов и усло-
вий труда не только способствует сохранению
больных на производстве, но и частично является
(прекрасным терапевтическим мероприятием)~~

Трудовой прогноз и трудоустройство при ги-
пертонии определяются стадией болезни и пре-
обладающими клиническими синдромами.

Во второй стадии гипертонической болезни
трудоспособность значительно понижена, но в
большинстве случаев полностью не утрачена.
В этой стадии противопоказана работа со зна-
чительными физическими усилиями, длительной
ходьбой, длительным стоянием на ногах и

работы, требующая большого нервно-психического напряжения. При преобладании сердечного синдрома необходимо избегать даже умеренного физического напряжения.

При преобладании почечного синдрома, противопоказана работа, связанная с длительным охлаждением или промоканием тела и пребывание в сыром помещении.

При преобладании мозгового синдрома, противопоказана работа, требующая даже умеренного нервно-психического напряжения, а так-же пребывание в условиях шума и воздействия резких звуков.

При правильном трудоустройстве больные в течение долгого времени могут оставаться трудоспособными.

В период перехода от второй стадии к третьей, больным необходим сокращенный рабочий день и работа не связанная с незначительным нервно-психическим и физическим напряжением.

В третьей стадии гипертонической болезни, способность к профессиональному труду в огромном большинстве случаев полностью утрачена, только иногда возможна работа на-дому.

В конечной фазе третьей стадии и в четвертой, а так-же больные злокачественной гипертонией, как правило, неработоспособны и нуждаются в постельном уходе.

Выводы.



1. За последние 3 года в Центральной больнице „Ветлосян“ наблюдается постепенное исчезновение алиментарной дистрофии и нарастание случаев гипертонической болезни и, в данное время, последняя по количеству случаев, после туберкулеза, занимает центральное место среди других заболеваний.

2. Вытеснение алиментарной дистрофии гипертонической болезнью из наших терапевтических стационаров трудно считать случайным явлением и поэтому возникает мысль о какой-то связи между этими двумя заболеваниями, т.к. в данное время страдают гипертонией, в большинстве случаев, бывшие дистрофики (от 65 до 70%).

3. Наши наблюдения дают нам основания предполагать, что у лиц, ранее болевших дистрофией, гипертоническая болезнь протекает значительно быстрее и, помимо нарастания цифр кровяного давления, быстро развиваются явления нарушения функций ряда органов и систем и нередко заболевание принимает злокачественный характер.

4. У лиц, ранее болевших гипертонией, независимо от ее генеза, красной или бледной,

2.
В процессе дистрофии наступает гипотензивная фаза и все явления, характеризующие гипертонию, настолько стихают, что выявить их трудно

5. В ^{истории} данное время вполне установлено, что склероз сосудов является не причиной гипертензии, а её следствием, поэтому у бывших ^{гипертоников} дистрофиков в процессе ^{интермиттирующей} дистрофии последняя сочетается с гипертонией, - вредное влияние повышенного кровяного давления приостанавливается, а при восстановлении питания опять возобновляется и, прогрессируя, поражает важнейшие для жизни органы (сердце, сосуды, почки и др.) и нередко ~~болезнь~~ принимает злокачественный характер.

6. Поскольку измерение кровяного давления является весьма доступным, простым и, между тем, очень важным методом для установления диагноза гипертонической болезни даже при отсутствии каких либо других признаков начальной фазы заболевания, - необходимо производить массовую сфигмоманометрию среди лиц пожилого возраста и, особенно, бывших дистрофиков, которые более предрасположены к заболеванию, т.к. регулярное измерение кровяного давления имеет не только большое диагностическое значение, но и дает нам возможность распре-

3.
делитъ болезнь на фазы (стадии) и следитъ за эволюцией и динамикой процесса. Нередко наблюдаемое несоответствие между систолическим и диастолическим давлением, дает нам представление о функциональной способности миокарда и степени поражения аорты.

7. Проведенные нами пробы среди здоровых для установления гипертонической готовности организма показали, что каждый испытуемый во всех 3^х пробах давал или положительный или отрицательный результаты. Это явление говорит за целесообразность их применения для выявления гиперреакторов, т.к. своевременное установление гипертонической готовности организма имеет большое значение для проведения соответствующих профилактических мероприятий.

8. Учитывая длительность и прогрессирующее течение болезни — от 2^х и до десятков лет — правильный трудовой прогноз и правильное трудоустройство больных при гипертонии имеет большое значение, т.к. выключение противопоказанных видов и условий труда, не только способствует сохранению больных на производстве, но и во многих случаях является прекрасным терапевтическим мероприятием.