

ქანაკ-ჰომ



К вопросам о классификации и определении
специальных разновидностей семян.

10/1-49. В д. че = 448 д. н. за чека. Т. н. с.
и т. н. с. чека. 50. в % 13,4.



0 27
0 26
0 25
0 24

Центральная больница „Ветлосян“

Ухтинского Комбината МВД СССР.



Глав. врач — д-р Каминский Я.И.

Д-р В.С. Габуния

Клиническая характеристика
гипертонии различного генеза по
материалам больницы „Ветлосян“.

I

Различают два вида гипертонии:

1. Гипертония как болезнь (гипертоническая болезнь, первичная гипертония, эссенциальная гипертония, красная гипертония).

2. Гипертония как симптом (симптоматическая гипертония, вторичная гипертония, нефрогенная гипертония, бледная гипертония).

Гипертонической болезнью или первичную гипертонию называют состояние организма, характеризующееся длительным повышением систолического и диастолического артериаль-

ного давления, не обусловленное каким-либо основным органическим заболеванием сердца, сосудов, нейро-эндокринной системы, почек и мочевых путей. (Тареев).

Болезнь вначале носит функциональный характер, а в дальнейшем она приводит к анатомическим изменениям всей сосудистой системы, главным образом артериол (глицерозу, липидозу и гиперпластическим процессам).

Многие авторы раньше считали гипертоническую болезнь последственным заболеванием, поскольку она сочетается с нарушением обмена веществ и функций органов внутренней секреции.

В настоящее время вполне установлено, что в возникновении болезни решающее значение имеет влияние среды, и в первую очередь фактор нервно-эмоционального напряжения, требующего высокого тонуса нервно-мышечного аппарата, например, длительная и напряженная работа или передвижение с напряженным темпом.

Во время Ленинградской блокады распространение болезни наблюдалось так-же и среди молодежи, в результате длительных нервных воздействий, связанных с военно-осадной обстановкой.

В литературе имеется указание, что из

двух близнецов гипертонией может страдать только один. Последний отличается от своего двойника большой нервно-психической реактивностью.


Африканские негры ведут примитивный образ жизни и среди них нет гипертонии, а американские негры, захваченные темпами „американской жизни“ страдают гипертонией чаще и тяжелее, чем белые американцы ввиду их социально-бытовых условий.

Эти факты значительно уменьшают значение наследственности в возникновении заболевания.

Из причин возникновения гипертонии второе место занимает недостаток физической работы. Мышечная деятельность понижает кровяное давление. Она обеспечивает нормальное кровообращение, усиливает функции органов и кровь устремляется преимущественно к скелетной мускулатуре.

Установлено так-же, что избыточное питание, до известной степени, предрасполагает к заболеванию, ведет к ожирению, перегрузке крови холестерином и способствует развитию общего атеросклероза, прежде всего коронаросклероза, нефросклероза и склероза сосудов мозга.

Некоторое значение имеет в этиологии



Вследствие нарушения кровообращения в клубочках, которые влекут за собой задержку не только азотистых шлаков, но и образование в почках патологических продуктов обмена, обладающих прессорным действием, каковыми являются ренины, недрозилизины и другие продукты распада почечной паренхимы. После этого следуют анатомические поражения стенок сосудов (потеря эластичности или склеротические их изменения), поэтому, скорее всего, нужно полагать, артериосклероз является следствием, а не причиной гипертонии, так как склероз отсутствует при острых и подострых недрозитах и изолированных поражениях почек, а развивается только при длительной гипертонии. С 1923 года, начиная от Фольгарда и ряда других последующих исследователей, но основаны клинических наблюдений и биологических исследований различают две формы гипертонии: 1-бледная гипертония при заболеваниях почек, 2-красная

или эссенциальная гипертония без поражения почек



Бледная гипертония

Больные бледные с нездоровым цветом лица, мало активные.

Периферические артерии и артерии глазного дна сужены, часто ретинит.

Сосудистая стенка сильнее сокращается вокруг содержимого, ширина их просвета уменьшена.

Артерии и артериолы сужены и участвуют в повышении сопротивления

В крови прессорные вещества.

Сыворотка больных усиливает действие адреналина

Фiltrат депротезированной крови оказывает прессорное действие на сосуды животных.

Красная гипертония

Больные краснощекие, полнокровные, цветущие, работоспособные.

Периферические артерии широки, артерии глазного дна не сужены, ретинит отсутствует.

Уменьшение растяжимости артериол. Сосудистая стенка растягивается изнутри сильнее нормы.

Артерии и артериолы не сужены, но находятся в состоянии гипертонуса и пассивно участвуют в повышении сопротивления.

Пассивный механизм обусловлен истогенно прехревременными структурными изменениями вообще сосудов и в частности почечных. По механизму красная гипертония пассивная и может быть названа артериосклеротической и гипертонической гипертонией. Filtrat крови эффекта не дает.

Встречаются гипертонии только систолические при склерозе аорты, при недостаточности артериальных клапанов и базедовой болезни.

Некоторые зарубежные авторы объединяют под термином „гипертонической болезни“ все этиологические и анатомические различные формы гипертонии, включая и вторичные - симптоматические формы, что является неправильным.

Профессор Мареев предлагает довольно обоснованную рабочую классификацию. Он делит болезнь на две формы: доброкачественную и злокачественную. Доброкачественная гипертония тоже делится на две стадии: вегетативную и склеротическую.

При вегетативной стадии единственное выражение болезни - только повышенное кровяное давление, при отсутствии субъективных данных - жалоб больного. Такие гипертоники скорее всего являются лицами с повышенным кровяным давлением, а не больными и нередко у них обнаруживается повышенное кровяное давление совершенно случайно, при диспансеризации или на курортах - от 140/90 до 210/110 мм. ртутного столба.

В таких случаях кровяное давление обычно колеблется, периодически снижается и нередко доходит до нормы.

Глазное дно или нормальное или отмечается на нем периодический спазм артерии и расширение вен.



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ҒЫЛЫМ АКАДЕМИЯСЫ

Могут быть психо-невротические жалобы: головные боли, ангиоспастические инсульты. Моча и функции почек - без изменений. Со стороны сердца - иногда усиление верхушечного толчка, усиление II тона аорты и расширение левой границы сердца.

К вегетативной гипертонии относят так-же климактерическую гипертонию, которая протекает доброкачественно, без тенденции к прогрессированию со следующими явлениями: приливы крови к голове, головные боли и эмоциональная неустойчивость. Эти явления скорее всего зависят от эндокринной дисгармонии, чем от повышенного кровяного давления.

Склеротическая гипертония - это дальнейшая стадия вегетативной гипертонии.

Старая классическая формула - „склероз следует за гипертонией, как тень за человеком“ - не полностью соответствует современным концепциям, так как вегетативная гипертония, особенно у женщин, может пройти бесследно.

Склеротическая гипертония характеризуется наличием клинически выраженного склероза аорты, явным поражением миокарда, почек, склеротическими изменениями коронарных сосудов, сосудов мозга и глазного дна. В почках развиваются стойкие явления и, как правило не приводят к тяжелой почечной недостаточности.

Больные нередко гибнут от склеротических пора-

изменений вышеуказанных органов, вследствие кровоизлияния в мозг, инфаркта миокарда и декомпенсации сердечной деятельности. Поэтому название — «доброкачественная» — не совсем соответствует для этого вида гипертонической болезни, так, как нередко склеротическая гипертония после многолетнего типического течения заканчивается развитием синдрома злокачественной гипертонии.

Злокачественная гипертония

Зимницкий, Явейн, Чистович, Торгеев и другие авторы выделили злокачественную гипертонию как самостоятельную форму гипертонической болезни.

Раньше Фольгард и целый ряд других авторов считали злокачественную гипертонию, как болезнь с явлениями тяжелого почечного страдания.

В 1925 году Фара указал на первично-сосудистый характер заболевания (злокачественный недросклероз Фара).

Крупнейшие кардиологи (Ланг, Фрогельсон, Зеленин) в последнее время заговорили о злокачественном характере течения в некоторых случаях гипертонической болезни без первичного поражения почек.

Склеротические изменения почек (злокачественный недросклероз) едва ли имеют значение ведущего фактора, так как злокачественную гипертонию удалось получить экспериментально без особенного поражения почечных сосудов и симптомов болезни характеризуется, как преимущественно

системное поражение артерий без обязательного нарушения почечных функций.

Поэтому считают более подходящим термином „злокачественная гипертония“, так как такое наименование лучше определяет существо процесса, чем „злокачественный нефро-склероз“. Злокачественная гипертония чаще встречается среди мужчин сравнительно в молодом возрасте.

Клиническая картина: -

На фоне относительного благополучия у больных внезапно появляются симптомы острой левожелудочковой недостаточности (сердечная астма, грудная жаба) или же резкие головные боли с переходящими гемипарезами, или глазные симптомы (понижение зрения).

Симптомы эти появляются в определенном сочетании или изолированно.

Такая внезапность, „катастрофичность“ появления того или другого симптома наблюдается как в остро-развившихся случаях, так и в случаях длительно, доброкачественно протекавшей гипертонии; от симптома внезапности указывает на переход болезни в злокачественную форму. Болезнь довольно быстро приводит к гибели относительно молодых субъектов без тяжелого поражения почек.

В Советском Союзе наряду с подразделением гипертонии по этиологическому и патогенетическому принципам и классификации болезни, большое

значение уделяется подразделению клинического тече-
ния заболевания на стадии или фазы (Фотельсон,
Стражеско, Ланг, Мареев, Дмитриенко и другие).

В основу подразделения на фазы положена оценка показателей функционального состояния органов и систем, имеющих важное значение для характеристики процесса и его динамики, каковыми являются:

1) Артериальное давление; 2) состояние сердечно-сосудистой системы; 3) Психики; 4) состояние вегетативной нервной системы; 5) функциональная способность почек; 6) изменение глазного дна.

Учитывая указанные изменения этих органов и систем гипертония делится на 4 стадии или фазы.

Гипертоническая болезнь

/ красная гипертония /

По материалам больницы "Ветлосян"



Фазы (стадии)		0 Прегипер- тоническ.	I Транзи- торная	II Невро- генная	III Стабиль- ная	IV Фаза исходов.	
Число больных всего		25	15	27	41	38	
Сердечно-сосудистая система	Артериальное давление	кратко- времен- ное повыше- ние	155/82 170/90	160/86 210/110	170/80 235/165	192/105 260/148	
	Расширение сердца	Левого желудочка	-	Неприятные ощущения в области сердца. Иногда акцент II тона аорты.	19	26	29
		Всех отделов сердца	-		-	13	26
	Артериосклероз сосудов	Артериосклероз общий	-		14	38	38
		склероз и расширение аорты	-		10	10	31
		Коронарный синдром	-		3	28	32
		Порок клапанного аппар.	-		2	3	2
		Поражение миокарда	-		12	35	38



Кровяное давление

Средние цифры для различных возрастов
по Гентеру 409780 мужчин и 51653 женщин.

Возраст в годах.	Систолическое давление		Диастолическое давление	
	мужч.	женщ.	мужч.	женщ.
20	120	116	79	77
25	121	117	80	78
30	123	119	81	79
35	124	120	82	80
40	125	124	83	82
45	127	127	84	84
50	129	130	85	85
55	131	132	86	87
60	134	134	87	87

Гипертоническая болезнь



/ красной гипертония /

По материалам больницы "Ветлоски"

Фазы (стадии)		0 Прегипертоническ.	I Транзиторная	II Неврогенная	III Стабильная	IV Фаза исходов
Число больных всего:		25	15	27	41	38
Нервная система	Головная боль		6	14	27	28
	Пulsирующая головная боль		3	11	25	24
	Головокружение		6	8	20	22
	Прилив крови к голове % бросание в жар!		2	10	32	26
	Быстрая утомляемость		-	5	15	28
	Зябкость		-	7	24	24
	Боль в ногах и руках		-	9	17	28
	Дрожь и ощущение мурашек		1	5	18	4
	Потливость		2	10	16	20
	Плохой сон		-	8	18	20
Психика	Неустойчивость настроения		13	11	20	8
	Повышенная возбудимость		-	1	3	-
	Депрессивное состояние		-	-	-	5
	Спутанность сознания		-	2	14	6
	Понижение интеллекта. слабумие.					

Возраст гипертоников
больница „Ветлосян“

Генез гипертонии
по материалам больницы „Ветлосян“



Возраст	Общее кол-во	Красная гипертон.	Бледная гипертон.	По годам	Общее кол-во	из них:	
						Красная	Бледная
от 20 до 29 лет	8	2	6	1947	17	10	7
30 39	11	3	8				
40 49	31	28	3	1948	25	19	6
50 59	70	66	4				
60 69	20	20	-	1949	100	92	8
70 79	2	2	-				
Итого:	142	121	21	Итого:	142	121	21

Гипертоническая болезнь



(крайняя гипертония)

По материалам больницы "Ветлосян"

Фазы (стадии)		0	I	II	III	IV		
		Прегипертоническ	Транзиторная	Неврогенная	Стабильная	Фазы исходов		
Число больных всего:		25	15	27	41	38		
П о ч к и	Функциональн. способность	Нарушение разобдирующей функции	-	-	-	5	-	
		Нарушение выделительной функции	-	-	-	5	27	
		Нарушение концентрационной способности	-	-	-	25	22	
	Осадок мочи	Альбуминурия %	-	-	5	13	18	
		Гематурия (в п/зр)	-	-	3	5	6	
		Цилиндры	Гиалиновые	-	-	5	10	9
			Зернистые	-	-	1	3	5
	Глазное дно		I	Отсутствие изменений или легкое исчезающее сужение артерий.		Сужение, извитость, неравномерное сужение сетчатки, возможн. расшир. вен.		
				те-же изменения, более выражены, склероз артерий сетчатки.		те-же изменения с присоединением кровоизливаний различной тяжести с отеком сосков, сходом в атрофию зрительн. нервов.		

После этих кратких предисловий по вопросам этиопатогенеза и классификации, переходим к анализу клинической картины и клинического течения гипертонической болезни по материалам нашей больницы.

II

Прежде всего нужно отметить следующее:

Начиная с 1947 года в больнице „Ветлосян“ наблюдается постепенное исчезновение алиментарной дистрофии и нарастание случаев гипертонической болезни. В данное время последняя занимает центральное место, после туберкулеза, среди других заболеваний, как раньше алиментарная дистрофия, например: в 1945-46 гг. наблюдались единичные случаи гипертонической болезни, а в 1947 г. количество их достигло 17, в 1948 г. - 25, а в 1949 г. - 92 случаев.

Приводим таблицу распределения больных по возрастам и таблицу распределения больных гипертонией разного генеза по годам.

В указанные годы наблюдается значительное увеличение количества случаев гипертонической болезни, а случаи бледной гипертонии остаются на прежнем уровне.

В настоящее время из 448 больных, находящихся в больнице, гипертонической болезнью страдает 64 человека, что составляет 14,5%.

Таким образом гипертония вытеснила алиментарную дистрофию из терапевтических стационаров нашей больницы.

Отмечаемая нами картина напоминает уже описанные ранее наблюдения Ленинградских врачей, непосредственно после окончания блокады городов, где на смену дистрофии пришла гипертония, а это послужило поводом для них предполагать о возможности какой-то связи между этими заболеваниями.

Эта связь не такая близкая, как при ожирении и в литературе нет указаний, чтобы после голодания или истощающих болезней наблюдалась склонность к ожирению и в дальнейшем к повышению кровяного давления.

Эти наблюдения впервые были произведены в Ленинграде, что и послужило поводом в высказывании следующего мнения: „алиментарная дистрофия на высоте своего развития сопровождалась артериальной гипотонией, а также проявляя свои гипотензивные влияния уже у заведомых гипертоников“.

Черноруцкий полагает, что не будь в Ленинграде алиментарной дистрофии — гипертоническая болезнь не имела бы такого массового распространения и

не проявлялась бы в таких тяжелых формах.

По Черноруцкому патогенетическая роль дистрофии, надо полагать, заключается в том, что она нарушает всю систему регуляции, создавая неустойчивость и несогласованность отдельных регуляторных механизмов, обуславливая неадекватность организмов и как-бы сенсibiliзируя его."

Поэтому полагают, что специфика Ленинградской гипертонии до известной степени зависит от дистрофии.

За последние 3 года нами установлено наличие 121 случая гипертонической болезни; из них ранее страдали алиментарной дистрофией - 78 человек, т.е. 65%, это установлено на основании анамнезов, санкоарт и амбулаторных карточек.

22 больных ранее были здоровыми, а 21 отмечают в прошлом истощение. Если учесть и последних, то процент гипертоников "дистрофического генеза" стал-бы более высоким.

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

Достоинно внимания и следующее явление: — из наших больных нам удалось выявить пять 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 нефритами, по поводу чего были несколько раз госпитализированы. Позже они попали в нашу больницу с диагнозом: „Олиментарная дистрофия III степени“ и слабо выраженными явлениями со стороны почек, при нормальном кровяном давлении.

При постепенном восстановлении питания соответственно стало повышаться кровяное давление, сопровождающееся нарастанием явлений почечной недостаточности, в результате чего они довольно скоро погибли от уремии.

Всеми признано, что наличие повышенного давления представляет один из ведущих и определяющих признаков гипертонической болезни, но все же необходимы и другие данные, подтверждающие правильность диагноза.

Что касается средних цифр кровяного давления для различного возраста, то существуют неодинаковые 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.

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. ртутного столба.

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

В нижеследующей таблице приведены результаты измерения кровяного давления у наших 121 случая гипертонической болезни при различных фазоих

заболевания и амплитуда колебания в каждом отдельном случае, причем цифры кровяного давления I фазы в ряде случаев превосходят 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 заболевания.

В ранние периоды развития болезни кровяное давление подвергается значительным колебаниям, а в поздних стадиях заболевания оно становится более стабильным, только в случаях наступления недостаточности кровообращения и при мозговых инсультах значительно изменяется систолическое давление в сторону снижения, а диастолическое остается стабильным.

Из 121 гипертоников в 23 случаях мы получили высокое систолическое и низкое диастолическое давление, т.е. когда цифры систолического в два раза превышали диастолическое. Такое несоответствие наблюдалось при выраженных склерозах и расширении аорты.

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

Руководствуясь установками академика Зеленина, наши клинический материал мы распределили на пять групп, включая нулевую.

К нулевой или регипертонической группе относятся лица, имеющие гипертоническую установку организма. Эти люди, по определению многих авторов (Шмидт, Мозенталл, Хейр, Террик и др.) — отличаются своеобразным психическим профилем, а именно: сильной волей, динамичностью, неослабевающей энергией; гиперактивные эмоционально и фи-

зически, честолюбивые, торопливые в еде, разговорам, ходьбе и т.д. У них отмечается кратковременное повышение кровяного давления и вазомоторная лабильность.

Помимо определения своеобразного психического профиля, для установления гипертонической готовности организма в последнее время применяют следующие пробы: „холодовая проба“, пробы задержкой дыхания и гиперпноэ.

Эти пробы мы провели у 66 лиц, конечно, с нормальным кровяным давлением, находящихся в больнице по разным заболеваниям. Из них бывших дистрофиков - 30, не боловших дистрофией - 20 и 16 невротиков. Получены следующие результаты:

Гиперреакторы,

вызванные при проведении проб.

	Коллич.	Положит.	%
Бывшие дистрофики	30	13	43
Не боловшие дистрофией	20	2	10
Невротики	16	-	-

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 приме-
нения для выявления гиперреакторов.

Из таблицы видно, что основной симптоматоло-
гий болезни относится к сердечно-сосудистой системе.
Вначале появляются симптомы функциональных наруше-
ний, а в дальнейшем постепенно развивается "орга-
ническая симптоматика". Степень органическо-
го 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 дина-
мике наиболее активно регистрировались у нас при
помощи Рентгенои, благодаря чему мы получали цен-
ные показатели о течении процесса.

Основным проявлением нарушений в вегетатив-
ной нервной системе, является склонность к ангио-
спазмам, особенно при функциональном периоде забо-
левания I^ч и II^ч фаз. В последних фазах очень
часто наблюдается инсульт, вследствие резкого на-
рушения мозгового кровообращения.

Что касается характеристики почечных измене-
ний, то проведенные нами клинические исследования
могут дать только ориентировочные данные.

Во всех фазах гипертонической болезни на глаз-
ном дне могут наблюдаться нестойкие, легко исчеза-
ющие отеки соска и сетчатки.

В поздних стадиях болезни стойкое сужение, извитость сосудов сетчатки и расширение вен, выраженный склероз артерий, кровоизлияния 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 академик Зеленин, может остановиться на одной из перечисленных фаз.

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

В нашем материале смертельный исход от гипертонии за 3 года наблюдается у 34% больных, а четверо из них погибли от нефрогенной формы.

Приводим таблицу, ~~нехорошо~~ указывающую на частоту распределения различных исходов.

(см. след. страницу).


ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СССР

Исход гипертонии
по материалам больницы „Ветлосян“

	Число случаев	%
Декомпенсация сердца	5	15
Кровоизлияние в мозг	21	62
Уремия	6	17
Разрыв венечной артерии	1	3
Диффузное капиллярн. кровотечение	1	3
Итого:	34	

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

Случай 1^й:

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

В хирургическом отделении нашей больницы — пробная лапаротомия 27.10.49г. 5 января 1950г. был переведен в терапевтическое отделение, как неоперабельный случай с диагнозом „метастазы семиномы забрюшинной железы“.

Помимо вышеуказанных явлений - резкое понижение диуреза (20-30 см³ 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 года от уремии.

Этот случай представляет интерес в том смысле, что здесь повышение кровяного давления вызвано по типу экспериментальной гипертензии от сдавления метастазами опухоли почечных артерий и мочевыводящих путей, а уремия возникла не только от накопления азотистых шлаков в крови, но и от образования в самих почках прессорных веществ и других продуктов распада почечной паренхимы, вследствие ишемии.

Случай 2^й:

Больной Майтауш 21 года. Переведен из больницы ОЛП №1 25 февраля 1949 года с диагнозом: „пренетрирующая язва желудка“ для оперативного лечения. На ОЛП №1 больной поступил с 3^{ей} ОЛП „а“ - 17.02.49 года 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,
Ф.Т.-0,72%, Л-17.400, а при повторном исследовании —
23.600 лейкоц. в мм³.

При поступлении в больницу „Ветлосян“ помимо
вышеуказанной клинической картины, отмечалась
поражительная бледность покровов у больного, с нап-
ряженным пульсом, поэтому нами было измерено
кровенное давление и получены высокие цифры 205/110
мм. ртутного столба, после чего был поставлен ди-
агноз — уремия — и больной направлен в терапевти-
ческое отделение. При лабораторном исследовании —
те-же самые результаты.

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

Умер 2 марта 1949г. от уремии, при вторичной смор-
щенной почке.

Анализ данного случая:

У больного был хронический нефрит, по всей вероят-
ности мочлярной этиологии. Явления со стороны
желудка, отмеченные еще в лазарете 3^{го} ОЛП „а“, нуж-
но полагать, возникли в результате движения шлако-
вых веществ через стенки желудка, — так называе-
мый элиминационный гастрит от нарушения по-
чечного 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.

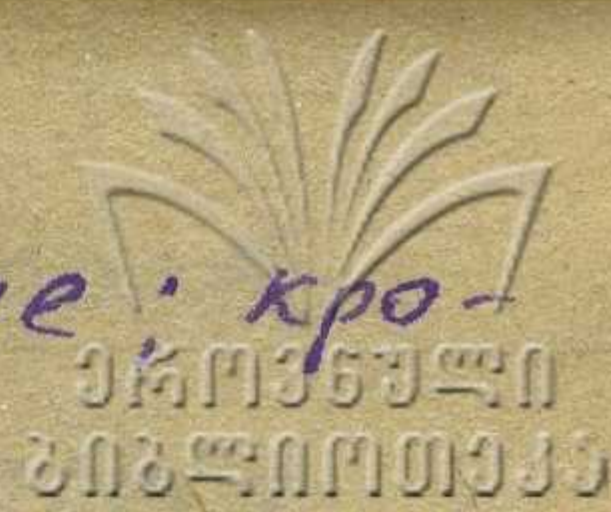
Из остальных 30^{ти} умерших в восьми случаях имела место злокачественная форма гипертонической болезни, которая характеризуется отсутствием ремиссий быстрым и одновременным поражением важнейших для жизни органов и систем.

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 года. Поступил в больницу из ОЛП № 7 24.11.45г. и лечился по поводу алиментарной дистрофии II-III ст. и тяжелой цынги. После исчезновения признаков скорбута и восстановления питания стали развиваться все признаки злокачественной гипертонии с высоким кровяным давлением - 260/145, в результате инсульта 7.12.49 с потерей сознания и легочное кровотечение. 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 115/100 мм,

пульс - 100 уд. в минуту; неравномерное дыхание, кро-
вохаркание.



8-9/хп. - Сознание ясное; кровохаркание прекра-
тилось; кровяное давление 140/110; в моче: высокий
удельный вес, единичные лейкоциты и клетки плоско-
го эпителия.

10/хп - Внезапное ухудшение состояния: помрачение
сознания, кардиальная астма и другие признаки
левожелудочковой недостаточности; пульс - 120; кро-
вяное давление 130/105; нарушение функций тазо-
вых органов: непроизвольная дефекация и мочеиспус-
кание; субфебрильная температура.

Умер 12.хп. 49 года.

Заключительный диагноз: - повторное кровоиз-
лияние в мозг на почве злокачественной гипертонии
при сопутствующем кардиосклерозе и общем артерио-
склерозе.

В результате вскрытия: - обильное кровоте-
чение из капиллярной сети центральной нервной сис-
темы, дыхательных путей и желудочно-кишечного
тракта при кардиосклерозе, коронаросклерозе и скле-
розе мозговых сосудов.

В данном случае причиной редкого исхода гипер-
тонической болезни мог послужить ранее перенесен-
ный скорбут. Как известно, при цинге, наблюда-
ется специфическое поражение мезенхимы, а в капил-
лярах это выражается в недостаточности развития
склеивающего вещества между клетками эндотелия,

что ведет к повышению проницаемости капилляров. Поэтому причиной обильного кровотечения могло послужить системное поражение при капиллярной и капиллярной сети, при наличии повышенного кровяного давления.

Случай 2^й:

Больной Говриленко 50 лет. Переведен 8.12.49г. из лазарета ОЛП № 16 с диагнозом: „гипертоническая болезнь; недостаточность сердца I-II“.

В анамнезе — алиментарная дистрофия в 1945-46гг. В 1947г. почувствовал боли в области сердца, сердцебиение и одышку. Но все же до сентября м-ца 1949г. чувствовал себя относительно хорошо. После операции стало резко ухудшаться и больной в тяжелом состоянии был доставлен в больницу „Ветлосызн“. Периодические сжимающие боли в области сердца с чувством замирания и крайне затрудненное дыхание, сильные пульсирующие головные боли с переходящими порезами. Расширение всех границ сердца с расширением восходящей и нисходящей частей аорты с явлениями выраженной склероза. В моче: белок и единичные гиалиновые цилиндры; тревожное самочувствие и бессоница; 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 Ненитомсиян - 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, расхождении между клиническими и анатомическими диагнозами в основном не было, за исключением еще одного случая у больного Перегудой 54 лет.

После 2^х инсультов, стимулирующих кровоизлияние в мозг с последующими гемипарезами, нами был поставлен диагноз повторного кровоизлияния в мозг, чего секция не подтвердила. По всей вероятности смерть последовала от паралича сердца, а гемипарезы от ангиоспазмов мозговых сосудов, называемых кризами Палля.

* * *

Относительно трудового прогноза можно сказать следующее: -

Трудовой прогноз и трудоустройство при гипертонии

определяются стадией болезни и преобладающими клиническими синдромами.



- Во-второй стадии гипертонической болезни трудоспособность значительно понижена, но в большинстве случаев полностью не утрачена. В этой стадии противопоказана работа со значительными физическими усилиями, длительной ходьбой, длительным стоянием на ногах и работа, требующая большого нервно-психического напряжения.
- При преобладании сердечного синдрома необходимо избегать даже умеренного физнапряжения.
 - 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 также пребывание в условиях шума и воздействия резких звуков.

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

В период перехода от II стадии к III, больным необходим сокращенный рабочий день и работа не связанная с значительным 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 также больные злокачественной гипертонией, как правило, неработоспособны и нуждаются в постельном уходе.

Гипертоническая болезнь

/ красная гипертония /

По материалам больницы „Ветледи“

Фазы (стадии)		0 Прегипер- тоническ.	I Транзи- торная	II Невро- генная	III Стабиль- ная	IV Фазы исходов.	
Число больных всего		25	15	27	41	38	
Сердечно-сосудистая система	Артериальное давление	Кратко- временн. повыше- ние	155/82 170/90	160/86 210/110	170/80 235/165	192/105 260/148	
	Расширение сердца.	Левого желудочка	—	Неприятные ощущения в обла- сти сердца. Иногда акц. в токи аорты.	19	26	29
		Всех отделов сердца	—		—	13	26
	Артериосклероз сосудов.	Артериосклероз общий	—		14	38	38
		склероз и расширение аорты	—		10	10	31
		Коронарный синдром	—		3	28	32
		Порок клапанного аппарата	—		2	3	2
	Поражение миокарда	—	12		35	38	

Гіпертонічная хвороба

/ красная гіпертонія /

Па матэрыялам бальніцы "Ветляск" "

Фазы (стадыі)		0 Прегі- пертона- чаская	I Транзи- торная	II Невро- генная	III Стабіль- ная	IV Фазы исходов
Число больных всего:		25	15	27	41	38
Нервная система	Головная боль	Возможность лобильности	6	14	27	28
	Пульсирующая головн. боль		3	11	25	24
	Головокружение		6	8	20	22
	Прилив крови к голове и бросание в жар.		2	10	32	26
	Быстрая утомляемость		-	5	15	28
	Зябкость		-	7	24	24
	Боль в ногах и руках		-	9	17	28
	Дрябл. и ощущения мурашек		1	5	18	4
	Потливость		2	10	16	20
	Плохой сон		-	8	18	20
Психика	Неустойчивость настроения	Своеобразный психический профиль	13	11	20	8
	Повышенная возбудимость		-	1	3	-
	Депрессивное состояние		-	-	-	5
	Спутанность сознания		-	2	4	16
	Понижение интеллекта, слабоумие.		-	-	4	10

Гипертоническая болезнь



(красная гипертония)

По материалам больницы "Ветлосян"

Фазы (стадии)		0	I	II	III	IV	
		Прегипертоническ.	Транзиторная	Неврогенная	Стабильная	фаза исхода	
Число больных всего:		25	15	27	41	38	
П о ч к и	Функциональн. способность.	Нарушение резорбирующей функции	-	-	-	5	
		Нарушение выделительной функции	-	-	-	5	27
		Нарушение концентрат. способности	-	-	-	25	22
	Осадок мочи:	Альбуминурия ‰	-	-	5	13	18
		Тематура (в п/р).	-	-	3	5	6
		Цол. Гиалиновые	-	-	5	10	9
		Цилиндры зернистые	-	-	1	3	5
	Глазное дно		1				
			отсутствие изменений или легко-исчезающее сужение артерий.	Сужение, извитость, неравномерность сосудов сетчатки. Возможное расширение вен.	те-же изменения - более выражены, склероз артерий сетчатки.	те-же изменения с присоединением кровоизлияний различной тяжести с отеком соска, с исходом в атрофию зрительного нерва.	

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 (65-70%)

* * *

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 - в процессе дистрофии наступает гипотензивная фаза и все явления,

характеризующие гипертонию, настолько стихают, что выявить их трудно.

* * *

5. В настоящее время вполне установлено, что склероз сосудов является не причиной гипертонии, а её следствием, поэтому у бывших гипертоников, в процессе дистрофии, — поскольку 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.).

* * *

6. Поскольку измерение кровяного давления является всем 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 сфизмоманометрию 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 распределить болезнь на фазы (стадии) и следить 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 установ-
ления гипертонической готовности организма показали,
что каждый испытуемый во всех трех пробах давал или
положительный или отрицательный результаты.

Это явление говорит за целесообразность их применения
для выявления гиперреакторов, т.к. своевременное уста-
новление гипертонической готовности организма имеет
большое значение для проведения соответствующих про-
филактических мероприятий.

* * *

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