

В. М. АВАКЯН

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
 БОЛЕЗНИ В РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ
 У МОЛОДЫХ ЛИЦ

За последние 7 лет под нашим наблюдением находились 153 больных гипертонической болезнью. По профессиональному признаку больных, занимающихся умственным трудом, было 89 человек, физическим трудом — 40 и прочих — 24.

По классификации А. Л. Мясникова, принятой в Институте терапии АМН СССР, больные распределялись следующим образом:

Наименование стадии	Количество наблюдаемых больных по стадиям					
	в возрасте до 40 лет	из них		в возрасте 40 лет и выше	из них	
		стационарно	амбулаторно		стационарно	амбулаторно
I А	30	13	17	—	—	—
Б	51	33	18	2	—	2
II А	23	17	6	14	12	2
II Б	4	2	2	14	14	—
III А	—	—	—	10	10	—
III Б	—	—	—	5	5	—
Итого	108	65	43	45	41	4

В ранних стадиях заболевания, к которым мы причисляем стадии IА, IБ, IIА, людей молодого возраста нами наблюдалось всего 104 человека, в возрасте от 40 лет и выше — 16 человек.

Все больные, подвергнутые обследованию и изучению в условиях стационара, после выписки из клиники, также, как и амбулаторные больные, обязательно наблюдались нами длительное время: от нескольких месяцев (в единичных случаях) до нескольких лет (в большинстве случаев).

Детальное ознакомление с некоторыми анамнестическими данными дало нам возможность выявить факторы, играющие основную роль в этиологии и патогенезе заболеваний наших больных.

У больных гипертонической болезнью в ранних стадиях заболевания, в молодом возрасте, в патогенезе болезни основная роль принадлежит факторам внешней среды. Нарушения психической сферы — психические травмы, отрицательные эмоции, психическое перенапря-

жение также часты, как и в более поздних стадиях заболевания и в старшем возрасте. Интоксикации алкоголем или никотином встречаются в обеих группах настолько редко, что делать какие-либо выводы о их значении в патогенезе гипертонической болезни не представляется возможным. Не так уже редко в ранних стадиях в анамнезе больных отмечаются закрытые травмы черепа — 11 случаев. Отсутствие причин для возникновения болезни именно в молодом возрасте выявлено у 23 больных. Если считать, что из них 13 были в стадии IА, из коих предположительно только четвертая часть становится в последующем гипертониками, то и в этом случае у 14% наших больных в анамнезе не было никаких причин для заболевания. Кроме того, 7% больных никаких жалоб не предъявляли. Последнее абсолютно не наблюдалось у больных в поздних стадиях заболевания.

Характер жалоб у больных в ранних стадиях заболевания преимущественно был свойственен невротическому состоянию. Это отмечалось и многими авторами.

У больных в ранних стадиях заболевания в молодом возрасте из жалоб, в основном свойственных невротическому состоянию, самой частой была жалоба на головную боль, что у наших больных отмечено в 83,6% случаев; затем по частоте в нисходящем порядке следуют жалобы на раздражительность — у 70,2%, головокружение — у 48%, плохой сон — у 43,2%, ослабление памяти — у 15,4% больных.

Из 16 больных в ранних стадиях болезни в возрасте 40 лет и выше головная боль отмечена у всех, за исключением одного больного, головокружение — у 12, плохой сон, и раздражительность — у 7, шум в ушах — у 6 больных.

Из 29 больных в поздних стадиях заболевания в возрасте 40 лет и выше головная боль отмечена у 27, плохой сон — у 25, головокружение — у 20, шум в ушах — у 17, раздражительность — у 10 больных.

Сравнивая характер и частоту жалоб в ранних стадиях заболевания у молодого (I группа) и в поздних стадиях у лиц старшего возраста (II группа), мы можем констатировать:

1. а) почти одинаковую частоту жалоб на головную боль у обеих групп больных;

б) жалобы на головную боль занимают первое место в обеих группах больных;

в) характер головных болей различный у больных разных групп. У больных I группы головные боли обычно носили регионарный характер, чаще всего в области висков, лба или затылка и в большинстве случаев они бывали не очень сильными и продолжительными. Во второй группе боли в большинстве случаев были диффузного характера и редко регионарного. В этой группе особенно длительными оказывались боли в затылочной области.

2. Характер и последовательность жалоб по частоте в I и II группах подтверждают положение о превалировании возбудительных про-

цессов у больных в ранних стадиях и выраженность тормозного процесса в поздних стадиях заболевания.

3. Явления невроза в ранних стадиях заболевания выражены почти у всех больных, что не отмечается так наглядно в такой степени и в такой частоте у больных в поздних стадиях заболевания.

Жалобы, относящиеся к явлениям со стороны сердца, представлены в таблице:

Стадии болезни	IA		IB		IIA		Итого	
	до 40 лет	40 лет и выше	до 40 лет	40 лет и выше	до 40 лет	40 лет и выше	до 40 лет	40 лет и выше
Количество больных	30	—	51	2	23	14	104	16
Сердцебиение	17	—	29	1	14	8	60	9
Боли в области сердца	6	—	8	2	7	5	21	7
Боли в области сердца, иррадирующие в руку	2	—	1	—	3	1	6	1
Неприятные ощущения в области сердца	11	—	5	—	2	3	18	3
Одышка	7	—	11	—	4	1	22	1
Перебои сердца	—	—	1	1	2	2	3	3

Жалобы со стороны сердца были разнообразными, многочисленными и весьма частыми в обеих группах больных, с той лишь разницей, что в поздних стадиях болезни характер жалоб обычно указывал на более серьезный (скорее органический) характер поражения сердца, например, боли в области сердца, иррадирующие в руку, одышка, перебои сердца. Жалобы в начальных стадиях заболевания носили более легкий характер, например, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, которые часто бывали непродолжительными и скорее свойственны неврозу. При этом среди больных этой группы особенно частыми подобного характера жалобы были у лиц, находящихся в прегипертоническом состоянии (в стадии IA), а также в стадии IB.

Боли в области сердца в возрасте до 40 лет в ранних стадиях отмечены у 27 больных, из коих у 6 иррадировали в руку; в возрасте от 40 лет и выше констатированы у 8 больных. Боли эти, хотя и не были сильными и длительными, обычно быстро проходили, но снова часто возникали и удручающе действовали на психику больных.

Преходящий характер болей, электрокардиографические и в некоторых случаях рентгенокимографические данные свидетельствовали о их функциональном происхождении; в части случаев имело место и нарушение коронарного кровообращения.

Жалобы, относящиеся к сердечно-сосудистой системе, с тяжестью заболевания учащались. Так, если в ранних стадиях заболе-

вания нередко встречаются больные, не предъявляющие никаких жалоб со стороны сердца, в поздних стадиях различные жалобы наблюдаются у всех больных и с большей частотой.

Остальные жалобы — потливость, общая слабость и другие — почти с одинаковой частотой встречаются как в ранних, так и в поздних стадиях болезни.

Исключение составляет жалоба на понижение трудоспособности, которая в ранних стадиях заболевания у лиц молодого возраста наблюдается примерно у половины больных (у 52,9%), а в поздних стадиях заболевания в старших возрастах чаще (у 25 из 29 больных).

Физико-акустические данные со стороны сердца

1. *Границы сердца.* Данные физикальных исследований сердца при гипертонической болезни наиболее подробно освещены Г. Ф. Лангом (1950) и А. Л. Мясниковым (1954). Наши данные представлены в таблице.

Стадии болезни		I А		I Б		II А		Итого	
		до 40 лет	40 лет и выше	до 40 лет	40 лет и выше	до 40 лет	40 лет и выше	до 40 лет	40 лет и выше
Количество больных		30	—	51	2	23	14	104	16
Границы сердца	нормальны	14	—	15	—	1	—	30	—
	увеличение левой границы	16	—	36	2	22	14	74	16
	увеличение правой границы	—	—	—	1	—	4	—	5
	увеличение верхней границы	—	—	—	1	—	4	—	5
Тоны сердца на верхушке	нормальны	16	—	17	—	4	1	37	1
	усилены	9	—	25	1	9	3	43	4
	глухие	5	—	9	1	10	10	24	11
Акцентуация тонов	акцент II тона на аорте	20	—	43	2	22	12	85	14
	акцент II тона на легочной артерии	1	—	3	—	3	1	7	1
Наличие шумов	систолический шум на верхушке	—	—	4	—	4	—	8	—
	дистолический шум на верхушке	—	—	2	—	2	—	4	—
Увеличение границ тупости сосудистого пучка		—	—	—	2	—	4	—	6

До сих пор нет единого мнения о физико-акустических изменениях сердца при гипертонической болезни.

По нашим данным, в ранних стадиях заболевания в молодом возрасте левая граница сердца оказалась нормальной менее, чем у трети больных, и более чем у двух третей (71,1%) больных она оказалась увеличенной. В возрасте от 40 лет и старше у всех 16 больных левая граница сердца оказалась увеличенной, в том числе у 5 из них отмечено тотальное увеличение границ. Увеличение правой границы, выявленное перкуссионным методом, оказалось у 4 больных во IIА стадии и у 1 больного в стадии IБ.

При рентгенологическом исследовании (рентгеноскопии и частично рентгенокимографии) больных молодого возраста в ранних стадиях выявлено увеличение границ сердца почти в таком же проценте, как и перкуссионным методом.

Увеличение границ тупости сосудистого пучка найдено несколько больше, чем у половины (у 18) всех больных старших возрастов в поздних стадиях болезни. В ранних же стадиях заболевания у лиц молодого возраста увеличение границ тупости сосудистого пучка не было обнаружено.

Таким образом, уже в ранних стадиях гипертонической болезни тщательно произведенной перкуссией у значительного большинства больных обнаруживается увеличение левой границы сердца, что подтверждается также последующим рентгенологическим исследованием. Увеличение левой границы бывает небольшим—в пределах 1 см и исключительно редко 1,5 см—и является следствием гипертрофии левого желудочка, работающего длительное время (месяцы и годы) усиленно из-за повышенного артериального давления в большом круге кровообращения. В поздних стадиях заболевания увеличение левой границы сердца отмечается у всех больных, верхней и правой границ у многих.

2. Изменения тонов сердца. До настоящего времени следует считать дискуссионным вопрос об изменениях тонов сердца, особенно у больных молодого возраста в ранних стадиях гипертонической болезни. Г. Ф. Ланг в своей монографии „Гипертоническая болезнь“ отмечает, что I тон над верхушкой, как правило, не усилен, скорее ослаблен и нередко немного удлиннен. Подобную же интерпретацию о I тоне дают многие исследователи в своих работах, причем она относится вообще к больным гипертонической болезнью без подразделения на стадии и без указания на возраст больных. Некоторые факторы—возраст, перенесенные в прошлом заболевания, состояние миокарда сердца, сосочковых мышц, клапанов сердца, а также толщина наружных покровов могут влиять и изменять акустические феномены сердца, что необходимо учитывать при его выслушивании.

По нашим данным, у лиц молодого возраста в ранних стадиях заболевания I тон на верхушке сердца оказался нормальным у 35,5% больных, глухим—у 23% и усиленным—у 41,3% больных, а из 16 больных возраста 40 лет и выше в тех же стадиях болезни только у 4 I тон оказался усиленным, у 11 был глухим и у одного нормальным.

В поздних стадиях болезни из 4 лиц молодого возраста у трех I тон был усилен и только у одного глухой, в возрасте же 40 лет и старше из 29 больных у 17 I тон над верхушкой сердца был глухой, у 7—нормальный и только у 5—усиленный.

Таким образом, мнение Г. Ф. Ланга и многих исследователей об ослаблении I тона над верхушкой сердца правильно (за некоторым исключением) лишь для больных гипертонической болезнью старших возрастов в поздних стадиях заболевания. У больных молодого возраста в ранних стадиях заболевания, в особенности в стадиях IA и IB, мы чаще наблюдаем не ослабление, а усиление I тона на верхушке. В усилении I тона на верхушке очевидно участвуют оба компонента — мышечный (левого желудочка) и клапанный. Обычно оно наблюдается у лиц молодого возраста с повышенным артериальным давлением, но без выраженных дистрофических изменений сердечной мышцы, отсутствием эмфиземы легких, а также значительного ожирения — утолщения наружных покровов, затрудняющих или ухудшающих проводимость звуковых феноменов сердца. Такое же усиление I тона на верхушке сердца нередко наблюдается в начальных фазах развития атеросклеротического кардиосклероза у лиц пожилого и старческого возраста, заболевших гипертонической болезнью, а в ряде случаев даже без гипертонии. Описанное весьма убедительно, когда прослушивается фонограмма звуковых феноменов сердца у различных больных разного возраста.

Кроме фонограмм нами произведена также запись тонов сердца мингографом у 10 больных молодого возраста гипертонической болезнью в ранних стадиях заболевания, а также у здоровых для сравнения. Полученные записи объективно подтверждают вышеприведенное положение о возможности усиления I тона над верхушкой сердца у больных гипертонической болезнью. Наши клинические наблюдения, подтвержденные произведенными фонограммами и мингограммами, дают нам право сделать заключение об усилении I тона над верхушкой сердца у лиц молодого возраста, заболевших гипертонической болезнью, но не имевших до этого серьезных поражений мышц или клапанов сердца.

Усиление I тона у таких лиц может даже служить диагностическим признаком наличия гипертонии.

II тон на аорте в ранних стадиях заболевания оказался у лиц молодого возраста акцентуированным в 81,7% случаев, в старшем возрасте — из 16 у 14. Не подлежит сомнению, что почти у всех этих больных акцентуация II тона является следствием повышенного давления в аорте, чего нельзя сказать о больных в поздних стадиях заболевания, ибо у них, кроме повышенного артериального давления, известную роль в появлении акцента может играть наличие склеротических изменений. Известно, что в этих случаях II тон на аорте приобретает металлический оттенок. Акцентуация II тона на легочной артерии, обнаруженная у 7 больных в ранних стадиях болезни, гово-

рит о повышении артериального давления в малом круге, возможно, вследствие спазма артериол и малого круга. Ее нельзя объяснить застоем в малом круге, так как в ранних стадиях застоя не бывает.

У лиц молодого возраста в ранних стадиях болезни только у 55,8% больных пульс оказался нормальным, у остальных отмечалась тахикардия, из коих у 15,4% она была выраженной. У большинства лиц тахикардия не носила постоянного характера, пульс менялся в своей частоте в течение дня и даже часа довольно быстро, он бывал лабильным, но все же в большинстве случаев имел тенденцию к ускорению и часто доходил до 90—110 в 1 мин. У большинства больных эти изменения пульса являлись следствием невроза, чего мы не могли отметить у больных в поздних стадиях заболевания. У последних учащение пульса отмечалось не так часто, и у тех больных, у которых оно было, являлось следствием органических изменений и продолжалось длительное время, а в четырех случаях сочеталось с аритмией.

Из аритмий в ранних стадиях заболевания объективно отмечены — экстрасистолическая аритмия у 3 больных в возрасте до 40 лет и полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Эдемс-Стокса у одного больного в возрасте 44 лет, впоследствии умершего от инфаркта миокарда.

Кафедра терапии

Ереванского медицинского института

Поступило 9 II 1959 г.

Վ. Մ. ԱՂԱՅՅԱՆ

ՀԻՓԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ՄԻ ՔԱՆԻ ԱՌԱՆՁԱՀԱՏԿՈՒ-
ԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՐԻՏԱՍԱՐԳՆԵՐԻ ՄՈՏ, ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՎԱՂ ԱՍԱԳԻԱՆԵՐՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ու մ

Վերջին չոթ տարվա ընթացքում մենք ուսումնասիրել ենք հիպերտոնիկ հիվանդությունը տառապող 153 հիվանդների: Հիվանդության սկզբնական ստադիաներում (I Ա, I Բ, II Ա) մեր կողմից ուսումնասիրվել են 104 երիտասարդ հիվանդներ, 40 տարեկան և ավելի մեծ հասակի՝ 16 հիվանդ, փնացած 33-ը եղել են հիվանդության ուշ ստադիաներում (II Բ, III Ա, և III Բ):

Հիվանդներն ուսումնասիրվել են երկար ժամանակի ընթացքում՝ եղակի զեպքերում մի քանի ամիս, իսկ մեծ մասամբ՝ մինչև մի քանի տարի:

Երիտասարդ հասակի հիվանդների մոտ հիվանդության վաղ ստադիաներում նկատվել են կլինիկայի մի քանի առանձնահատկություններ: Այդ հիվանդների զանգատները բնորոշ են զերազանցապես ներդող տառապող հիվանդների համար:

Համեմատելով հիվանդության սկզբնական ստադիաներում երիտասարդ հիվանդների (I խումբ) և հիվանդության ուշ ստադիաներում մեծահասակների (II խումբ) զանգատների բնույթը և հաճախակիությունը, կարելի է արձանագրել հետևյալը:

I 1. Երկու խմբի հիվանդներն էլ զլխացավից զանգատվում են համարյա հավասարապես:

2. Երկու խմբում էլ գլխացավի վերաբերյալ գանգատները բռնում են առաջին սեղը:

3. Գլխացավի բնույթը տարբեր խմբերի հիվանդների մոտ տարբեր է: Առաջին խմբի հիվանդների մոտ գլխացավը կրում է սեզոնոնար բնույթ, ամենից ավելի հաճախ լինում է քունքերի, ճակատի կամ ծոծրակի շրջանում, մեծ մասամբ այնքան էլ ուժեղ և տևական չէ: Երկրորդ խմբի հիվանդների մոտ գլխացավը կրում է գլխավորապես զիֆուզ և սակավ զեպերում՝ սեզոնոնար բնույթ: Այս հիվանդների մոտ ցավը առանձնապես տևական է ծոծրակի շրջանում:

II Առաջին և երկրորդ խմբերի հիվանդների գանգատների բնույթը և բնթացքը հաստատում են գրգռողական պրոցեսների գերակշռությունը գրգռված հիվանդությունների վաղ ստադիաներում և արգելակման պրոցեսների ցայտունությունը՝ հիվանդությունում ուշ ստադիաներում:

III Հիվանդության վաղ ստադիաներում համարյա բոլոր հիվանդների մոտ երևան են գալիս ներողի երևույթներ, որոնք հիվանդության ուշ ստադիաներում չեն նկատվում այդպես որոշակի և արդյուն հաճախ:

Հիվանդության ուշ ստադիաներում սրտի կողմից գանգատների բնույթը ստորաբար վկայում է սրտի առավել լուրջ, ավելի շուտ՝ օրգանական վնասումների մասին: Հիվանդության վաղ ստադիաներում գանգատներն ավելի թեթև են, ոչ տևական և առավելապես ներողին հատուկ: Յուրյան անցողիկ բնույթը, էլեկարակարգիտրաֆիկ և ռենտգենոկիմոգրաֆիկ ավալաները ապացուցում են նրանց ֆունկցիոնալ ծագումը: Մի շարք զեպերում նկատվում են արյան կորոնար շրջանառության խանգարումներ:

Միտո-անոթային սխառմին վերաբերող գանգատները ավելի հաճախակի են գտնում հիվանդության զարգացման զուգընթաց:

Հիպերտոնիկ հիվանդության վաղ ստադիաներում մանրակրկիտ պերիտոսիայի միջոցով հիվանդների մեծ մասի մոտ հալանաբերվում է սրտի ձախ սահմանի մեծացում, որը հաստատվում է նաև ռենտգենոգրաֆիկան հետազոտությամբ: Ձախ սահմանի մեծացումը լինում է 1—1,5 սմ և հետևանք է ձախ փորոքի հիպերտրոֆիայի. քանի որ ձախ փորոքը երկար ժամանակ (ամիսներ և տարիներ շարունակ) աշխատում է ուժգին՝ արյան մեծ շրջանառության մեջ զարկերակային ճնշումը բարձր լինելու պատճառով: Հիվանդության ուշ ստադիաներում սրտի ձախ սահմանի մեծացում նկատվում է բոլոր հիվանդների մոտ, վերին և աջ սահմանների մեծացում՝ շատերի մոտ:

Գ. Ֆ. Լանգը նշում էր առաջին տոնի ուժեղացում հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ՝ սրտի գագաթի վրա: Այդ տեսակետը ճշմարիտ է միայն հիպերտոնիկ հիվանդությանը տատապող մեծահասակների համար՝ հիվանդության ուշ ստադիաներում: Մեր կլինիկական հետազոտությունները, որոնք հաստատվում են կոտարված ֆոնոգրամաներով և մինդոգրամաներով, վկայում են սրտի գագաթի վրա առաջին տոնի ուժեղացումը երիտասարդների մոտ՝ հիպերտոնիկ հիվանդության վաղ ստադիաներում: Այդպիսի հիվանդների մոտ առաջին տոնի ուժեղացումը կարող է ռեննալ նույնիսկ զիպոնոստիկ նշանակություն: