


Т. Я. Сидельникова

НОВОЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ



в помощь
ЛЕКТОРУ

ОБЩЕСТВО «ЗНАНИЕ» РСФСР



ОБЩЕСТВО «ЗНАНИЕ» РСФСР

Научно-методический совет по пропаганде
биологических и медицинских знаний

В помощь лектору

Т. Я. Сидельникова,

доктор медицинских наук

**НОВОЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Москва 1979

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
К лектору	3
Артериальное давление крови и сердечно-сосудистая система	7
Гипертоническая болезнь и гипертония	9
Краткие сведения о клинике и течении гипертонической болезни	10
Современные принципы лечения гипертонической болезни	14
Медикаментозное лечение больных гипертонической болезнью	18
Профилактика гипертонической болезни	23
Литература	32

Тамара Яковлевна СИДЕЛЬНИКОВА

НОВОЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ответственный за выпуск — старший референт
правления общества «Знание» РСФСР *И. М. Саракаева*

Редактор *И. Н. Цветкова*
Технический редактор *Т. Н. Шелехова*
Корректор *Е. Н. Линицкая*

Д 09272. Сдано в набор 30.08.79 г. Подписано к печати 15.11.79 г. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бумага типографская № 3. Бум.л. 0,5. Печ. л. 1,00. Усл. печ. л. 1,68. Уч.-изд. л. 1,50. Тираж 10 000 экз. Авт. л. 1,40. Заказ 1630. Типография Всесоюзного общества «Знание». Москва, Центр, Новая пл., д. 3/4.
Цена 5 коп.

© Общество «Знание» РСФСР, 1979.

К ЛЕКТОРУ

В последние годы в экономически развитых странах всего мира приблизительно у 10—15% взрослого населения отмечается повышенное артериальное давление. Из общего числа случаев артериальной гипертонии примерно 80% приходится на гипертоническую болезнь. При этом заболевание нередко поражает людей молодого и юношеского возраста и во многих случаях ведет к тяжелым осложнениям с потерей трудоспособности. Естественно, что проблема профилактики и лечения гипертонической болезни весьма актуальна.

Большой вклад в изучение этой проблемы внесли русские и советские ученые. В 1905 г. Н. С. Коротков открыл и внедрил совместно с М. В. Яновским в клиническую практику звуковой метод определения артериального давления. В 1922 г. Г. Ф. Ланг впервые разделил артериальные гипертонии на первичную форму — гипертоническую болезнь и вторичные, или симптоматические, гипертонии. В 1948 г. он же обосновал центрогенно-нервную теорию этиологии и патогенеза гипертонической болезни.

Таким образом, термин «гипертоническая болезнь» был введен в клиническую практику Г. Ф. Лангом. Зарубежные клиницисты предлагают именовать первичную артериальную гипертонию эссенциальной гипертонией, определяя ее как заболевание неизвестной этиологии, при котором повышение артериального давления не связано с первичными изменениями органов. В 1962 г. по предложению Советского Союза комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) принял решение считать идентичными понятия «эссенциальная гипертония» и «гипертоническая болезнь».

В нашей стране осуществляется широкая программа социально-профилактических мероприятий. Из года в год улучшаются условия труда и быта населения, расширяется сеть специализированных санаториев и курортов. В здравоохранении создается специализированная сеть кардиологической службы. Совершенствуется система диспансерного наблюдения, разработана система поэтапного обследования больных с артериальными гипертензиями, позволяющая дифференцировать гипертоническую болезнь от других симптоматических гипертензий и правильно организовать лечение.

Однако для предупреждения гипертонической болезни и эффективности лечения важное значение имеют меры индивидуальной профилактики, сознательное отношение больного к своему заболеванию, регулярность лечения и правильность выполнения советов врача.

В борьбе с этим заболеванием особое место занимает санитарное просвещение населения, информация о новых научных данных.

В предлагаемых рекомендациях содержатся краткие сведения о сущности гипертонической болезни, причинах, способствующих ее возникновению и дальнейшему развитию, о современных взглядах на принципы лечения, о возможностях и путях предупреждения этого заболевания.

При подготовке лекций и бесед представляется необходимым осветить следующие вопросы:

1. Понятие об артериальном давлении крови и функциях сердечно-сосудистой системы.
2. Гипертоническая болезнь и гипертония. Краткие сведения о клинике и течении гипертонической болезни.
3. Современные принципы лечения гипертонической болезни.
4. Профилактика гипертонической болезни. Понятие о первичной и вторичной профилактике.

Предлагаемая брошюра предназначена для врача. Ее цель — помочь донести до слушателей современное представление о сущности гипертонической болезни, новых возможностях правильной диагностики и успешного лечения, познакомить с основными достижениями научных исследований последних лет.

Задача лектора — рассказать об основных причинах развития гипертонической болезни, познакомить с

клиническими проявлениями заболевания и, что особенно важно, разъяснить необходимость и возможность профилактики этого весьма распространенного заболевания, уделив особое внимание практическим советам.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на кажущуюся простоту распознавания заболевания после измерения артериального давления, диагностика является процессом длительным, поскольку врач должен путем обследования и наблюдения убедиться, что выявленная гипертония — признак именно гипертонической болезни, а не другого заболевания, которое также может сопровождаться повышением кровяного давления.

Необходимо подчеркнуть, что заболевание вполне излечимо на ранних стадиях, поэтому очень важно не уклоняться от профилактических осмотров, проводимых среди населения. Более того, следует самому быть активным и помогать врачам в проведении и организации таких осмотров на выявление лиц с повышенным артериальным давлением.

Пособие может быть использовано для различных аудиторий. Лекцию целесообразно читать отдельно для здоровых людей и больных гипертонической болезнью.

Аудитории, состоящей из практически здоровых людей различного возраста, следует разъяснять, что среди них могут оказаться лица, предрасположенные к этому заболеванию, особенно те, у которых родители страдали гипертонической болезнью. Однако это не означает, что они непременно и неизбежно заболеют. Все зависит от сочетания неблагоприятных факторов (нервное перенапряжение, тяжелые условия труда и быта, семейные неурядицы и т. д.). Далее следует ознакомить слушателей с основной симптоматикой заболевания, чтобы, обнаружив у себя эти признаки, любой практически здоровый человек мог обратиться к врачу. Не следует увлекаться подробностями, особенно рассказом о тяжелых осложнениях и исходах, что может у внушаемых людей привести к ятрогенности. Лучше указать только на ранние проявления. В то же время следует подробно остановиться на всех возможных мерах профилактики, подчеркнуть возможность полного выздоровления, поскольку раннее выявление болезни, наличие разнообразных эффективных средств позволяют это сделать, ко-

нечно, при условии тщательного выполнения всех советов врача.

Больным гипертонической болезнью нет необходимости подробно описывать симптоматику заболевания (обычно они хорошо знают все проявления болезни) и задерживаться на вопросах первичной профилактики. Для них гораздо важнее услышать, что такое вторичная профилактика и метод диспансерного наблюдения. Необходимо обратить внимание на то, что в настоящее время имеется большое количество медикаментов, но назначать их должны врачи. Даже самое хорошее лекарство, эффективное для одного больного, может не помочь другому или вызвать нежелательные побочные явления. Больные должны знать о вреде самолечения и необходимости врачебного контроля за ходом лечения. При этом следует подчеркнуть, что при высокой стойкой артериальной гипертонии лечение должно быть непрерывным и неправильно поступают те больные, которые сами, без разрешения врача прерывают лечение. Уместно напомнить, что после стационарного обязательно амбулаторное лечение.

Многие больные не понимают важности длительного лечения, боясь долго принимать лекарства. Лектор должен объяснить, что любое медикаментозное средство действует в пределах нескольких часов (привести примеры!) и лишь немногие обладают накапливающим действием.

Необходимо рассказать о клинике гипертонических кризов, оказании себе неотложной помощи еще до прихода врача и о мерах профилактики. В этой аудитории целесообразно рассказать о возможных осложнениях, подчеркивая, что они возникают на фоне нежелательных перерывов в лечении или при отсутствии адекватного лечения, напомнить признаки таких осложнений, как нарушение мозгового и общего кровообращения, инфаркт миокарда. При этом лектор особо обращает внимание на то, что в таких случаях нельзя медлить с вызовом неотложной помощи.

Слушатели должны узнать, что их дети (как имеющие неблагоприятный наследственный фактор) особенно ранимы и при стечении неблагоприятных обстоятельств более подвержены заболеванию гипертонической болезнью. Поэтому очень важно воспитать ребен-

ка уравновешенным, хорошо физически развитым и выносливым, добиваться максимального пребывания на свежем воздухе, приобщить его к занятиям спортом. От родителей во многом зависит, станет ли их ребенок невротичным, капризным, восприимчивым к самым незначительным невзгодам, или вырастет крепким, закаленным, в обстановке спокойной, доброжелательной семьи и внимательного (но не балующего!) отношения.

Не следует подробно характеризовать все медикаментозные средства. Лучше выделить группы лекарств, действующих на различные механизмы развития гипертонии, и остановиться на том, что каждому больному, исходя из стадии болезни, возраста, особенностей течения, наличия сопутствующих заболеваний, лечение назначается индивидуально. В процессе лечения требуется коррекция в зависимости от получаемого эффекта.

Помимо предлагаемого материала, лектору рекомендуется использовать специальную литературу (научную или популярную). Выбор определяется культурным уровнем и подготовленностью аудитории в вопросах лечения и профилактики гипертонической болезни. Большую убедительность лекциям и беседам о лечении и профилактике гипертонической болезни придадут примеры из личной практики.

Для самостоятельного ознакомления слушателям можно предложить научно-популярную литературу, перечисленную в прилагаемом списке.

Если лекция проводится на предприятии или в учреждении, целесообразно обратить внимание на гигиену труда, необходимость правильного использования обеденного перерыва, напомнить о желательности соблюдения диеты и т. д.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КРОВИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Сердечно-сосудистая система состоит из центрального органа — сердца, артерий, вен и капилляров. Сердце человека имеет четыре камеры — два предсердия и два желудочка. Благодаря ритмичному сокращению мышц сердца (миокарда) сердце действует как насос. Сначала сокращаются оба предсердия, потом оба желудочка, затем мускулатура сердца расслабляется, и оно вновь

заполняется кровью. В результате кровь проталкивается в артерии. На уровне капилляров она отдает кислород и различные питательные вещества тканям.

В здоровом организме величина кровотока всегда соответствует его потребностям. Регуляция осуществляется нервной системой путем увеличения и уменьшения скорости движения крови, диаметра сосудов и с помощью других механизмов.

Сердце человека в период покоя сокращается 65—70 раз в минуту, выбрасывая каждый раз 50—75 *мл* крови (что за минуту составляет 4—5 *л*). При выполнении различной работы минутный объем выбрасываемой крови может увеличиваться до 30 *л* и более. При этом возрастает число сокращений в минуту и несколько повышается артериальное давление. Таким образом, артериальное давление наряду с другими механизмами обеспечивает правильное кровообращение.

Артериальным давлением называют давление, которое кровь оказывает на стенки артерий. Высота его зависит от силы сердечных сокращений, объема крови, выбрасываемого при этом из сердца в аорту, эластичности крупных сосудов, изменения тонуса мелких сосудов.

Артериальное давление определяется силой, с которой сердце выталкивает кровь в артериальную систему, и сопротивлением стенок артерий ее току.

Обычно артериальное давление измеряют на руке, накладывая на плечо резиновую манжету, в которую нагнетают воздух резиновой грушей; давление в миллиметрах ртутного столба определяется по колебанию ртути в шкале (аппарат Рива-Роччи) или по отклонению стрелки (если измерение производится пружинным манометром).

В период сокращения сердца (систола), когда кровь из желудочков проталкивается в аорту, артериальное давление бывает наиболее высоким (максимальное, или систолическое). В период расслабления сердечной мышцы (диастола), когда сердце наполняется кровью, артериальное давление бывает наиболее низким (минимальное, или диастолическое). Поэтому показатель артериального давления записывают в виде дроби: в числителе максимальное (или систолическое), а в знаменателе минимальное (или диастолическое).

Артериальное давление у здоровых людей колеблет-

ся в широких пределах. Установлена зависимость уровня артериального давления от возраста.

Научно обоснованная математическая формула дает возможность вычислить нормальное артериальное давление для каждой возрастной группы. Систолическое давление равно $102 + (0,6 \times \text{число лет})$, диастолическое $63 + (0,4 \times \text{число лет})$.

Так, для человека в 40 лет систолическое давление равно $102 + (0,6 \times 40) = 126$ мм рт. ст. и диастолическое $63 + (0,4 \times 40) = 79$ мм рт. ст., или округленно 130/80 мм рт. ст. Для человека в 20 лет нормальным артериальным давлением (по той же формуле) будет примерно 115/70 мм рт. ст.

Поскольку у здорового человека артериальное давление колеблется в течение суток — наиболее низкие показатели отмечаются во время сна, вечером они несколько выше, чем утром, в период работы выше, чем в период покоя и т. д., — комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения ввел термин «пограничная зона» — для максимального давления 160 мм рт. ст. и для минимального до 95 мм рт. ст. Показатели, превышающие эти цифры, принято считать свидетельствующими о наличии гипертонии. Этими ориентировочными данными врачи руководствуются при массовых обследованиях населения.

Были выявлены различия уровня артериального давления у детей для возраста моложе 4—7 лет, для возраста 8—10 лет и 11—15 лет. В среднем для практических целей можно исходить из показателя не выше 130/80 мм рт. ст. Если же артериальное давление у детей превышает 140/90 мм рт. ст., то можно с полной уверенностью говорить о гипертонии.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ГИПЕРТОНΙΑ

Основным и ведущим признаком гипертонической болезни является гипертония — повышение артериального давления, которое появляется с первых же месяцев заболевания и остается длительно. Гипертония наблюдается при других заболеваниях, однако в этих случаях болезнь начинается с других симптомов, а повышение артериального давления развивается позже, чем основные проявления болезни (вторично), то есть является

одним из симптомов. Такие гипертонии принято называть симптоматическими.

Если заболевания, сопровождающиеся гипертонией, принять за 100%, то у взрослых гипертоническая болезнь составит 80%, а симптоматическая гипертония — 20 процентов. Что касается детей, то у них чаще выявляется симптоматическая гипертония (до 80%) и реже гипертоническая болезнь (20%).

Наиболее частой причиной симптоматических гипертоний как у детей, так и у взрослых являются заболевания почек. К ним в первую очередь относятся хронические гломерулонефриты и пиелонефриты, почечнокаменная болезнь, гипоплазия почек, а также тромбоз одной или обеих почечных артерий.

Дифференциальная диагностика этих форм до последнего времени представляла большие трудности. Однако достижения науки и техники сделали возможным точную диагностику этих заболеваний.

При выявлении артериальной гипертонии врачи в первую очередь стремятся, применяя современные методы диагностики, уточнить, имеют ли они дело с гипертонической болезнью или это симптоматическая, вторично развивающаяся гипертония. Причины гипертонической болезни и симптоматических гипертоний различны, различны и методы их лечения и профилактики.

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О КЛИНИКЕ И ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Согласно неврогенной теории, выдвинутой Г. Ф. Лангом и получившей дальнейшее развитие в трудах А. Л. Мясникова, причиной гипертонической болезни являются расстройства деятельности высших отделов нервной системы, регулирующих артериальное давление. Эти расстройства часто возникают в результате длительного напряженного умственного труда, эмоциональных перенапряжений, психических травм.

В большинстве случаев гипертоническая болезнь в самом начале ее развития остается незамеченной, то есть небольшие подъемы артериального давления могут протекать без каких-либо заметных проявлений. Обычно повышение артериального давления обнаруживается

случайно, при обращении больного к врачу по другому поводу.

На одном из московских заводов сотрудники Института кардиологии выборочно обследовали группу мужчин в возрасте 40—50 лет. Оказалось, что среди лиц с повышенным артериальным давлением каждый четвертый даже не подозревал об этом.

Первые жалобы больных носят общеневротический характер: повышенная возбудимость, чрезмерная раздражительность, плохой сон, головные боли, шум в ушах, сердцебиение. Типичными для гипертонической болезни считаются головные боли, возникающие ночью или утром после сна. С развитием заболевания они становятся постоянными. Прямого соответствия между высотой артериального давления и головными болями нет, однако более упорными они бывают при повышении диастолического давления.

В течении гипертонической болезни принято выделять три стадии, в каждой из которых различаются фазы А и Б.

На первой стадии заболевания — начальной — отмечаются признаки общего невроза, быстрая утомляемость; артериальное давление в этот период неустойчиво и может снижаться до нормального уровня даже без применения медикаментов, если больной соблюдает правильный режим труда и отдыха.

Во второй стадии, когда болезнь прогрессирует, повышенное артериальное давление удерживается дольше и обычно без применения медикаментозных средств не снижается. В этот период различают лабильную фазу (когда артериальное давление постоянно повышено, но уровень его неустойчив) и стабильную фазу (когда артериальное давление постоянно повышено и уровень колеблется незначительно). На этой стадии, как правило, выявляются начальные изменения глазного дна, характерные для гипертонической болезни, — сужение артерий сетчатки глаза и расширение вен; кроме того, отмечаются гипертрофия левого желудочка сердца, выраженные изменения гемодинамики.

Третья стадия характеризуется более резкими дистрофическими и склеротическими изменениями в органах и тканях, в первую очередь в сосудах мозга, сердца и почек. Уровень артериального давления может быть

не выше, чем во второй стадии, но функции внутренних органов нарушены более значительно. Часто наблюдаются осложнения — расстройства мозгового, коронарного кровообращения, нарушение функции почек.

По классификации, предложенной Всемирной организацией здравоохранения, к первой стадии относятся больные с повышением артериального давления выше 160/95 мм рт. ст. без органических изменений сердечно-сосудистой системы. Во второй отмечается высокое артериальное давление с гипертрофией левого желудочка сердца, но без признаков повреждения других органов. Для третьей стадии характерно высокое артериальное давление с повреждением сердца и ряда других органов (мозга, сетчатки глаза, почек и т. д.).

Гипертонической болезни свойственно хроническое течение с чередованием периодов ухудшения и улучшения.

Течение гипертонической болезни может усугубляться гипертоническими кризами, во время которых внезапно и резко повышается артериальное давление, значительно ухудшается общее состояние, появляются сильные головные боли. Однако прямой зависимости между высотой артериального давления и тяжестью криза исследователям установить не удалось. В период криза появляются признаки острой энцефалопатии, нейроретинопатии, левожелудочковой недостаточности и повреждения сосудов почек.

Гипертонические кризы возникают не у всех больных. Причина этого явления еще не выяснена. За последние годы установлено, что существуют экзогенные, то есть внешние факторы, которые провоцируют кризы. Среди них ведущее место занимают психоэмоциональные стрессы, метеорологические влияния, избыточное потребление соли и воды. Выявлено также влияние эндогенных (внутренних) факторов, к которым в первую очередь следует отнести гормональные расстройства в период климакса, избыточное выделение ренина в период переходящих ухудшений почечного кровотока, острую ишемию мозга и др.

В самое последнее время внимание клиницистов обращено на новый факт: синдром отмены гипотензивных препаратов (например, катапресана) влечет за собой гипертензивный криз.

В большинстве случаев гипертоническая болезнь протекает как хроническое, доброкачественное, то есть медленно прогрессирующее, заболевание с периодами улучшения и ухудшения. Время перехода из более легкой в более тяжелую стадию очень варьирует. По-видимому, на этот процесс оказывают влияние многие факторы, большая часть которых остается еще неизученной или недостаточно доказанной. Однако можно считать достоверным, что улучшение течения гипертонической болезни и задержка ее развития достигаются систематическим медикаментозным лечением, соблюдением предписанного больным режима.

Выяснено также, что ухудшение течения гипертонической болезни определяется в первую очередь такими факторами, как наследственность (семейная отягощенность), нерегулярность лечения, перенесенные в прошлом (до появления признаков гипертонической болезни) травмы черепа, заболевания почек.

Длительные (10—15 лет) наблюдения за течением гипертонической болезни показали, что при систематическом лечении можно задержать дальнейшее прогрессирование заболевания на продолжительный срок практически при любой стадии заболевания.

Только в очень небольшом проценте случаев гипертоническая болезнь принимает злокачественное течение, причем оно может возникнуть внезапно на любой стадии уже сложившегося заболевания. Окончательно причины такого быстрого прогрессирования (иногда болезнь за один год проходит от I до III стадии) еще не разгаданы, хотя уже многое выяснено. Характерно, что у большинства больных со злокачественной гипертонией при обследовании обнаруживается не гипертоническая болезнь, а симптоматическая (чаще всего вазоренальная и ренальная) гипертония. У больных же гипертонической болезнью, страдавших ранее доброкачественной формой, переход в злокачественное течение чаще всего наблюдается при присоединении сопутствующего атеросклероза, когда этот процесс захватывает одну (или обе) почечную артерии, сужая ее просвет и нарушая кровоснабжение почки. Научные исследования по изучению причин перехода доброкачественного течения в злокачественное продолжаются.

Течение доброкачественно протекающей гипертонической

нической болезни при неблагоприятных условиях может осложняться нарушениями мозгового кровообращения (инсульт и инфаркт мозга), коронарной недостаточностью (ишемическая болезнь или инфаркт миокарда), сердечно-сосудистой и почечной недостаточностью.

Известно, что гипертоническая болезнь часто протекает с сопутствующим атеросклерозом. Атеросклероз либо присоединяется к гипертонической болезни в ее более поздних стадиях, либо гипертоническая болезнь развивается на его фоне, что, несомненно, отражается на течении болезни, ухудшая прогноз.

При изучении причин летальных исходов у больных гипертонической болезнью установлено, что на первом месте стоят нарушения мозгового кровообращения (инсульты и инфаркты мозга). Однако четвертая часть больных умирает от инфаркта миокарда, причиной которого в конечном итоге является атеросклероз, а не от самой гипертонической болезни.

Эти ориентировочные данные помогают более правильно подходить к лечению больных и искать наиболее рациональные пути профилактики.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В настоящее время считается необходимым до лечения определить, является ли повышение артериального давления основным признаком болезни. Для этого важно исключить всеми доступными способами возможность симптоматической гипертонии, ибо в этом случае наряду с медикаментозной гипотензивной терапией применяют и радикальное этиологическое (часто хирургическое) лечение.

Доказано, что длительная нормализация артериального давления предупреждает риск прогрессирования. Однако и неполная, но длительно удерживаемая нормализация артериального давления сокращает в два раза число опасных сердечно-сосудистых осложнений.

Создание большого количества разнообразных по механизму действия гипотензивных препаратов за последние годы значительно увеличило возможность эффективного лечения больных гипертонической болезнью.

Изучение показало, что обратное развитие гиперто-

нической болезни и стойкая (более трех лет) нормализация артериального давления возможны лишь на ранних стадиях болезни и наступают главным образом в тех случаях, когда лечение начато в первый год болезни. Длительная ремиссия и задержка развития заболевания наступают лишь при систематическом лечении.

Долгое время вопрос о длительности и непрерывности лечения больных гипертонической болезнью был предметом обсуждения. В настоящее время большинство исследователей считают необходимым вмешательство врача уже на ранних стадиях заболевания.

Очень важно объяснить больному, что только длительная и устойчивая нормализация артериального давления может существенно улучшить его состояние. Сознательное отношение к своей болезни, понимание основных принципов лечения играют существенную роль в повышении эффективности проводимой терапии.

При стабильных формах болезни (II и III стадии) терапия должна быть не только длительной, но и непрерывной. Лечение короткими курсами, как показали многие авторы, неэффективно. Только на ранних стадиях гипертонической болезни допустима прерывистая, но систематическая терапия. Раннее начало и длительное лечение — один из основных принципов современной терапии гипертонической болезни.

Общим принципом лечения больных гипертонической болезнью является применение лекарственных средств на фоне правильной организации режима труда, отдыха, соблюдения диеты, ослабления отрицательных психоэмоциональных факторов.

Следует подчеркнуть, что любая терапия должна включать ограничение поваренной соли в пище (обычно рекомендуют 4—5 г в день). При объемной натрийзависимой и гиперводемической формах гипертонической болезни количество поваренной соли снижают до 3 г в день, а потребление общего количества жидкости — до 1,0—1,2 литра.

При каком уровне артериального давления следует начинать гипотензивную терапию? Гипертоническая болезнь развивается примерно у 25% больных с пограничным уровнем артериального давления. Поэтому при АД 140/90—160/95 для лиц в возрасте 20—60 лет уже следует начинать лечение. Для лиц более молодого воз-

раста (16—19 лет) эти показатели снижаются до 130/85, а для лиц старше 60 лет повышаются до 165—170/95—100 мм рт. ст.

Однако при выборе средств лечения следует учитывать не только уровень АД, стадию заболевания и возраст больного, но и особенности течения болезни, которые определяются патогенезом функциональных нарушений. Большинство исследователей считает необходимым направлять лечебное воздействие на главные факторы, определяющие механизм развития и стабилизацию артериального давления. Среди них основными считают: психоэмоциональное перенапряжение, ведущее к нарушениям обмена и усилению возбудимости центров, регулирующих тонус сосудов; повышение активности симпато-адреналовой системы; нарушение электролитного обмена; повышение тонуса сосудов и изменения сердечной деятельности, составляющие гемодинамическую основу болезни.

Степень выраженности этих изменений и их взаимное сочетание определяют многообразие клиники заболевания, особенности ее течения и необходимость индивидуального выбора средств лечения. Больные гипертонической болезнью различно реагируют на гипотензивные средства, поэтому количество препарата, нормализующее АД одного пациента, может оказаться недостаточным для другого.

Искусство лечения гипертонической болезни заключается в рациональном подборе комбинации эффективных препаратов, применяемых сначала в дозах, снижающих АД до оптимальных цифр, а по достижении стойкого эффекта — уменьшении доз до минимальных (но удерживающих полученный эффект!), которые больному назначаются длительно (многие годы).

У больных пожилого возраста и страдающих атеросклерозом сосудов головного мозга не следует всегда стремиться к снижению артериального давления до нормы во избежание ухудшения мозгового кровообращения.

В период подбора лекарственных препаратов в амбулаторных условиях больной должен быть осмотрен врачом не реже одного раза в неделю, измерение АД рекомендуется проводить в положении больного лежа и стоя.

Общезвестно, что гипертоническая болезнь разно-

образна по течению и ее проявлениям. В патологический процесс вовлекаются сердце, мозг и почки, в связи с чем определяются клинические варианты: сердечная форма, мозговая, почечная и их сочетания. Скорость вовлечения этих органов в патологический процесс и его последовательность у различных пациентов различны. Причины этого явления остаются еще неясными и требуют дальнейшего изучения.

Однако уже сейчас появилась возможность учитывать особенности кровообращения больных гипертонической болезнью и изучать его отдельно в сердце, почках, мозге.

Выявлены вырабатываемые самим организмом вещества, одни из которых способствуют повышению, а другие — понижению артериального давления. К веществам, обладающим прессорным действием, относятся альдостерон, кортизон, норадреналин, адреналин, выделяемые в кровь надпочечниками, а также ангиотензин II, образующийся в организме под влиянием выделяемого почками ренина. К веществам депрессорного действия относятся кинины и простагландины, продуцируемые всеми тканями организма, особенно почек.

Активность этих веществ находится под контролем центральной нервной системы. Все звенья вместе составляют нейрогуморальную систему, которая регулирует водно-солевой баланс и объем циркулирующей крови, обеспечивая приспособление артериального давления, а следовательно, и кровообращения, в различных органах к изменению внешних и внутренних условий.

Зная, какие звенья организма затронуты в каждом конкретном случае, можно индивидуализировать тактику лечения. Вот почему до назначения лечения больного с уже уточненным диагнозом гипертонической болезни целесообразно дополнительно обследовать.

С позиций современной кардиологии недостаточно знать только стадию и форму гипертонической болезни. Появляется необходимость определять индивидуальный биохимический и гемодинамический профиль больного, что позволяет дифференцированно подойти к его лечению. Такой подход открывает большие перспективы.

В настоящее время выяснено, что по показателям гемодинамики больные гипертонической болезнью неоднородны. У одних гиперкинетический, у других гипокине-

тический, у третьих — промежуточный тип кровообращения. Установлено также, что гипертоническая болезнь может развиваться при низкой, высокой и нормальной активности ренина в плазме крови.

При выборе лекарственной терапии, особенно для длительного амбулаторного лечения, эти дополнительные данные позволяют в какой-то мере прогнозировать эффект лечения.

Например, у больных гипертонической болезнью с гиперкинетическим типом кровообращения и высокой активностью ренина (при отсутствии явлений сердечной недостаточности) в ранних стадиях болезни хороший эффект достигался при длительном применении β -адреноблокаторов (обзидан, анаприлин).

При низкой активности ренина, когда создаются условия объемной натрийзависимой гипертензии, предпочтительнее назначать различные диуретики (тиазидовые и верошпирон).

Имеющиеся данные об этиологии и патогенезе гипертонической болезни позволяют выделить главные факторы в развитии болезни, на которые должно быть направлено лечебное воздействие. Индивидуализированные с учетом многих факторов схемы лечения позволяют подобрать адекватную терапию и добиваться стойкого снижения (или нормализации) артериального давления.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Медикаментозное лечение назначается на основании общих принципов лечения, в зависимости от особенностей течения болезни.

Самая ранняя стадия заболевания обозначается как I стадия А. Это фактически гиперреакторы, имеющие незначительное и непостоянное повышение уровня артериального давления выше возрастной нормы (пограничная гипертония, по классификации ВОЗ). На этой стадии заболевания целесообразно начинать лечение не с гипотензивных средств, а с препаратов, устраняющих повышенную реактивность и усиливающих защитно-приспособительные функции нервной системы (седативные средства, транквилизаторы). У большинства больных нормализация артериального давления наступает при

урегулировании режима труда и отдыха, устранении невротизирующих причин.

В I стадии Б, помимо комплекса оздоровительных мероприятий общего характера, для стойкой нормализации АД обычно требуется медикаментозное лечение. Хороший эффект получен при сочетании нейротропной терапии с небольшими дозами гипотензивных средств, уменьшающих активность симпатической нервной системы (блокаторы β -адренорецепторов, препараты раувольфии).

Особенно эффективны β -адреноблокаторы (обзидан, анаприлин) при лечении больных с гипердинамическим типом кровообращения, когда резко повышен сердечный выброс крови, сопровождающийся тахикардией. Препараты назначают с малых доз, постепенно их увеличивая, и рекомендуют принимать длительно. Эта группа препаратов противопоказана больным с нарушениями атриовентрикулярной проводимости, с признаками сердечной недостаточности, а также страдающим бронхиальной астмой.

Наибольшее распространение в лечении больных гипертонической болезнью I стадии Б получили препараты раувольфии (резерпин, раунатин, рауседил). Механизм действия этих препаратов связан с уменьшением содержания катехоламинов как в центральной нервной системе, так и в окончаниях симпатических нервов. Препараты раувольфии уменьшают минутный объем крови и тонус сосудов, урежая число сердечных сокращений. Препарат не рекомендуется назначать больным с исходно редким пульсом и больным, у которых развивается непереносимость препарата: набухание слизистых оболочек носа, глаз, иногда желудка (в связи с чем следует избегать назначения его больным с язвенной болезнью желудка).

При гипертонической болезни II стадии А (с лабильной и умеренной гипертонией) применяют вначале те же средства, что и больным I стадии, причем в более молодом возрасте (при наличии признаков гиперсимпатикотонии) предпочтительнее начинать лечение с блокаторов β -адренергических рецепторов или препаратов раувольфии в индивидуально подобранных дозах. Если уровень артериального давления снижается недостаточно, добавляют небольшие дозы салуретиков. Максималь-

ный гипотензивный эффект достигается обычно через 2—4 месяца.

У больных с увеличением объема циркулирующей крови и внеклеточной жидкости (гиперволемическая форма) с низкой активностью ренина в крови предпочтительнее начинать лечение с салуретиков, а затем уже (через 2—3 недели) добавлять β -блокаторы или препараты раувольфии. Наиболее часто назначают в качестве салуретика гипотиазид. Этот препарат применяют в различных дозах и с различной длительностью (в зависимости от того, как быстро необходимо получить эффект и с какими препаратами будут его в дальнейшем применять), но обязательно с разумными перерывами. Наиболее целесообразным следует считать назначение гипотиазида в дозе 25—50 мг в день (2—4 раза в неделю). По достижении достаточного эффекта дозу снижают вдвое (или оставляют самую малую дозу, на которой удерживается достигнутый эффект) и продолжают лечение длительно с периодическими перерывами на 1—2 месяца.

Для лечения больных II стадии Б, то есть со стойкой гипертонией, обычно используют салуретики замедленного и длительного действия — гипотиазид, бринальдикс (продолжительность действия 12—24 часа) и гигротон (48—72 часа).

Такой препарат, как фуросемид (продолжительность действия 4—6 часов), чаще назначают при нарастании левожелудочковой недостаточности и отеках, когда нужно быстро уменьшить количество жидкости в организме. В отличие от препаратов тиазидовой группы, увеличенные дозы которых после достижения максимального эффекта не сопровождается усилением диуреза, диуретическая активность фуросемида возрастает прямо пропорционально применяемой дозировке.

Предупреждение гипокалиемии при длительном употреблении достигается прерывистым применением диуретиков, а также сочетанием с калийсберегающими натрийуретиками — верошпироном и другими антагонистами альдостерона.

Больным среднего и пожилого возраста для лечения стойкой гипертонии в настоящее время чаще всего назначают гемитон (отечественный клофелин). Считают, что этот препарат тормозит активность симпатических

нейронов в продолговатом мозге и задерживает высвобождение норадреналина в центральной нервной системе. Лечение начинают с малой дозы 2—3 раза в день, увеличивая ее постепенно до получения эффекта. Наилучшие результаты достигаются при сочетании гемитона с резерпином или изобарином, а также с салуретиками.

Лечение гемитоном требует определенной системы. Нельзя внезапно прекращать лечение, если препарат применялся более двух недель, ибо уровень артериального давления резко возрастет (вследствие быстрого выброса катехоламинов, задержанных применением гемитона), участится пульс, может появиться резкая головная боль, то есть наступит кризоподобное состояние.

В этой же стадии заболевания применяют допегит. Данный препарат угнетает биосинтез катехоламинов и способствует образованию ложных медиаторов, которые стимулируют адренорецепторы симпатодепрессорных нейронов в продолговатом мозге подобно гемитону. В отличие от гемитона допегит обладает ортостатической гипотензией, однако она выражена нерезко, что позволяет применять его длительно в амбулаторных условиях. Преимуществом препарата является свойство улучшать мозговое и почечное кровообращение. При длительном применении допегита могут проявляться его побочные действия — половые расстройства у мужчин, сонливость, депрессия, в связи с чем одновременное назначение допегита с резерпином нецелесообразно.

У больных со стойкой артериальной гипертонией хороший эффект дает сочетание β -блокатора с диуретиком и вазодилататором, например, сочетание обзидана (априлина) с гипотиазидом и апрессином.

У больных с большой давностью заболевания, длительно принимающих различные гипотензивные препараты, могут развиваться явления вторичного альдостеронизма. В таких случаях показано периодически назначение калийсберегающего препарата — верошпирона, который способствует уменьшению объема внутрисосудистой жидкости и сердечного выброса крови, а также улучшению метаболизма в миокарде.

Если сочетанием симпатолитика, диуретика и вазодилатора не удается получить желаемый эффект, то рекомендуется дополнить лечение изобарином. Однако отработка эффективных доз требует ежедневного конт-

роля, поэтому подбор доз желателен проводить в стационарных условиях при обязательном контроле артериального давления в положении лежа и стоя.

Лечение гипертонической болезни в III стадии проводится однотипно с предыдущей стадией, однако при этом гипотензивную терапию необходимо сочетать с лечением сопутствующего атеросклеротического поражения сердца, мозга или почек. При наличии сердечно-сосудистой недостаточности гипотензивная терапия дополняется сердечными гликозидами. Больным с церебральным склерозом резкое и быстрое снижение АД, как и снижение его до нормы, противопоказано, так как оно ведет к ухудшению кровоснабжения мозга. Таким больным не показано назначение ганглиоблокаторов и изобарина.

При развитии почечной недостаточности у больных с высокой артериальной гипертонией предпочтительнее в качестве гипотензивного средства применять гемитон, допегит, резерпин.

При стойкой артериальной гипертонии хороший эффект может быть получен при комбинации апрессина с резерпином с добавлением салуретиков и β -блокаторов. Сочетание β -блокаторов, диуретика и вазодиллятора позволяет получить больший гипотензивный эффект от применения меньших доз каждого препарата, что особенно важно при необходимости длительного применения.

Накопленный опыт лечения больных гипертонической болезнью позволил выявить различие в реакции и последствиях применения гипотензивных средств: у лиц молодого и пожилого возраста в различных стадиях заболевания. У первых даже во II стадии Б следует добиваться максимального снижения артериального давления, в то время как у лиц старше 55 лет целесообразно снижать артериальное давление медленно и не стремиться снижать его максимально (во избежание церебральной ишемии). Больным пожилого возраста с умеренной систолической гипертонией (170/95—190/95) показаны не гипотензивные средства, а средства, улучшающие мозговое кровообращение (эуфиллин, винкапан, стугерон и др.).

С появлением новых гипотензивных препаратов значительно расширились возможности оказания эффектив-

ной помощи при гипертонических кризах. Однако не утратили своего значения и ранее применявшиеся препараты, как, например, раствор дибазола, который выпускается в виде ампул 0,5%-го раствора. С этого препарата обычно и начинают оказание помощи. При отсутствии желаемого эффекта переходят к внутримышечному введению клофелина или ганглиоблокаторов (бензогексоний, пентамин, пирилен). Последние особенно показаны в случаях, когда криз сопровождается развитием сердечной астмы.

При кризах, сопровождающихся вегетативно-сосудистыми проявлениями, лучший эффект оказывает внутримышечное введение дроперидола, рауседила.

Часто гипертонические кризы сопровождаются острой коронарной недостаточностью. Поэтому необходима дополнительная терапия, направленная на быстрое снятие болевого синдрома (промедол, морфин и др.).

В настоящее время имеется вполне реальная возможность, используя огромное количество разнообразных по механизму действия лекарственных средств, успешно лечить больных гипертонической болезнью с учетом стадии заболевания и различных вариантов ее течения, добиваться стойкого снижения артериального давления.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Профилактику гипертонической болезни разделяют на первичную и вторичную. Первичная профилактика предусматривает меры, направленные на предупреждение гипертонической болезни, и касается практически здоровых людей. Вторичная профилактика предусматривает меры по предупреждению возможных осложнений болезни. Следует помнить, что, помимо общих мер профилактики, важнейшее значение имеют индивидуальные меры, учитывающие особенности организма человека и среды, в которой он живет.

Первичная профилактика гипертонической болезни. Согласно теории происхождения гипертонической болезни и роли нервно-психических перенапряжений основу первичной профилактики должно составить правильное психическое и физическое воспитание населения.

Разъясняя в лекции причины, ведущие к возникно-

вению гипертонической болезни, следует подчеркивать влияние эмоциональных стрессов и отрицательных эмоций. Вот почему атмосферу доброжелательности, отзывчивости, уважения в семье и в коллективе следует отнести к обязательным условиям профилактики. Все, что может предупредить возникновение невроза, будет также и предупреждением гипертонической болезни. Этим определяется важность рационального режима и отдыха, достаточного сна и т. п.

В тщательно продуманном режиме особенно нуждаются учащиеся и те, кто сочетает работу с учебой. Известно, что гипертоническая болезнь легко возникает в молодом возрасте. Возрастная перестройка делает нервные процессы неустойчивыми. Поэтому психические травмы, недосыпание, переутомление, неравномерная нагрузка, необходимость усвоить за короткий срок большой объем знаний могут привести к быстрому развитию невроза и гипертонии. Родители должны следить не только за режимом детей, но и поддерживать спокойную обстановку в семье. Нельзя забывать, что дети и подростки бурно реагируют на неблагоприятные взаимоотношения родителей, особенно если они становятся свидетелями конфликтов между взрослыми. Частые окрики, несправедливые наказания или безразличие к интересам подростков, злоупотребление родителями алкоголем часто ведут к развитию неврозов и гипертонической болезни.

В то же время необходимо терпеливо заниматься воспитанием детей, учить их правильному отношению к окружающим. С раннего возраста следует приучать ребенка разговаривать спокойно, быть вежливым, приветливым, собранным.

В нашей стране есть все возможности для всестороннего, гармоничного развития человека. Нужно только, чтобы каждый использовал их правильно, с учетом своих индивидуальных особенностей.

Отмечено, что физически крепкие люди имеют и уравновешенную нервную систему. Вот почему так важно правильное физическое воспитание, пропаганда подвижного, активного образа жизни. Умеренный физический труд, прогулки на свежем воздухе и спортивные игры способствуют правильному функционированию нервной и сердечно-сосудистой систем, улучшают крово-

обращение и обмен веществ. Пассивный отдых особенно вреден для тех, кто по роду занятий много времени сидит за столом, мало двигается.

Людам, находящимся под воздействием так называемых факторов риска гипертонической болезни, необходимы дополнительные меры индивидуальной профилактики.

Человек, имеющий неблагоприятную наследственность (родители страдают гипертонической болезнью), должен знать, что он более других подвержен заболеванию, и в связи с этим тщательнее следить за состоянием своего здоровья, примерно раз в год измерять артериальное давление, а при появлении головных болей или других симптомов сразу обращаться к врачу. Ему нужно избегать конфликтных ситуаций, работы в шумном цехе или в ночное время. Соблюдение советов врача поможет ему сохранить здоровье, предупредить развитие гипертонической болезни.

Если фактором риска являются длительно действующие отрицательные эмоции, особенно когда они сочетаются с неблагоприятной наследственностью, болезнями почек в прошлом, контузией, травмой черепа, необходимо попытаться изменить жизненную ситуацию. Часто такие состояния связаны с семейными отношениями, неуспеваемостью, работой, не отвечающей интересам, и т. д.

Выше уже говорилось о роли эндокринных нарушений, чаще всего связанных у женщин с климаксом, развитием в этот период невроза. В лекции следует подчеркнуть, что в таких случаях следует обратиться к специалисту, который даст соответствующие рекомендации. Если климактерический период затягивается или его течение принимает патологический характер, требуется упорное лечение. Дисгормональные расстройства могут быть и у мужчин, и они также требуют лечения.

Вторичная профилактика гипертонической болезни. Вторичная профилактика начинается с момента выявления заболевания. Как уже было сказано, в ранней стадии гипертоническая болезнь не дает болезненных симптомов, беспокоящих человека. Поэтому очень важно систематически следить за состоянием здоровья, проверять артериальное давление. Этой цели служат массо-

вые профилактические осмотры населения, которые в нашей стране проводятся повсеместно.

Очень часто задают вопрос, можно ли вылечить от гипертонической болезни.

Исследования, проведенные в Институте кардиологии Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР, свидетельствуют о том, что выздоровление возможно, если болезнь распознана в первой стадии, давность ее невелика и, разумеется, если заболевший выполняет все предписания врача.

У больных второй стадией достигнуть полного излечения не удастся, но возможно значительное снижение артериального давления (остаются характерные для гипертонической болезни изменения глазного дна, гипертрофия левого желудочка сердца и другие признаки заболевания).

Доказано, что у больных с первой и второй стадией проведение комплекса профилактических мер, систематическое лечение позволяют на длительный срок (более 10 лет) приостановить развитие заболевания.

Возможность задержать дальнейшее развитие болезни в третьей стадии значительно меньше, однако и у таких больных можно частично предотвратить тяжелые осложнения.

Таким образом, вторичная профилактика при гипертонической болезни имеет основной целью предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений и заключается в мероприятиях по устранению или ослаблению неблагоприятных факторов, влияющих на течение заболевания, и в дифференцированном систематическом лечении.

Много лет обсуждался вопрос, нужно ли начинать лечение в самом начале гипертонической болезни, когда артериальное давление у больного поднимается кратковременно и может снижаться без применения каких-либо медикаментов. В настоящее время исследователями разных стран установлено, что наиболее благоприятное течение болезни наблюдается в тех случаях, когда лечение было начато в ранней стадии и проводилось систематически. При этом совершенно не обязательно начинать лечение в ранней стадии с медикаментов. Гораздо важнее попытаться устранить так называемые факторы риска, способствующие развитию заболевания.

В нашей стране уделяется большое внимание государственной системе профилактики, которая осуществляется органами здравоохранения в содружестве с руководством промышленных предприятий. Огромное значение придается борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе и с гипертонической болезнью. В настоящее время создается специализированная кардиологическая служба; отдельные ее звенья уже успешно функционируют.

В комплексе профилактических и лечебных мероприятий при гипертонической болезни трудно переоценить роль диспансеризации — длительного активного динамического наблюдения.

Являясь основным методом профилактики, диспансеризация представляет собой комплекс широких социально-экономических, санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических мероприятий.

Массовые профилактические осмотры позволяют выявить лиц, страдающих гипертонией. Выявленных больных ставят на учет по месту работы (медсанчасть или поликлиника) или по месту жительства (в районной поликлинике). Очень важно разъяснить населению роль таких осмотров, поскольку примерно 40—50% больных, у которых во время массовых осмотров была обнаружена гипертония, ранее по этому поводу не лечились. Выявление заболевших гипертонической болезнью проводится также при обращении к врачу по поводу других заболеваний.

Диспансеризация больных гипертонической болезнью включает ряд мероприятий:

1. Изучение у каждого больного имеющихся факторов риска (неблагоприятная наследственность, острые психические травмы или длительно существующие отрицательные эмоции, профессиональные факторы, которые могут поддерживать гипертонию; травмы и контузии черепа в прошлом, ранее перенесенные заболевания почек, эндокринные нарушения, атеросклероз) и возможные пути их устранения или ослабления влияния.
2. Динамическое наблюдение за больным путем повторных вызовов на обследование к врачу.
3. Изучение производственных и бытовых условий.
4. Систематическое дифференцированное лекарственное, а также физиотерапевтическое лечение, направле-

ние на курортное лечение, в санаторий-профилакторий промышленных предприятий или в стационар.

Выявление неблагоприятной наследственности важно при проведении не только первичной, но и вторичной профилактики и должно насторожить врача, ибо многими исследователями доказано, что этот фактор отягощает течение заболевания. Следовательно, больному нужно более упорно лечиться.

При наличии острых психических травм или длительно существующих отрицательных эмоций врачу необходимо вместе с больным обсудить возможные пути устранения их. Обычно, когда больным разъясняют пагубность такой ситуации для их здоровья, они начинают искать выход из создавшегося положения. Иногда и врачу приходится провести разъяснительную беседу с близкими больного. В случае неблагоприятных условий труда (например, ночные смены, шумный цех) цеховой или участковый врач обязан принять меры к трудоустройству больного.

Выявление травм и контузий черепа у больных с артериальной гипертонией важно для правильного понимания особенностей течения заболевания, назначения совместно с невропатологом эффективного лечения, в частности медикаментозного.

Учет перенесенного в прошлом заболевания почек дает возможность врачу правильно представлять механизмы развития артериальной гипертонии у конкретного больного и более рационально подобрать средства для лечения.

Эндокринные нарушения, несомненно, ухудшают течение гипертонической болезни. Поэтому необходимо совместное наблюдение специалистов (эндокринолога или гинеколога) и проведение нужного лечения.

Динамическое наблюдение помогает оценить эффективность проведенных мер, еще более индивидуализировать вторичную профилактику, построить дальнейшее лечение с учетом достигнутых результатов. Лечение больных проводится обычно с учетом стадии, особенностей течения (например, кризы или сочетание с диабетом) и наличия осложнений.

В настоящее время имеется большой арсенал средств для лечения больных гипертонической болезнью. Однако успех зависит от строго индивидуализированных ре-

комендаций врача и их аккуратного выполнения, ибо лечение гипертонической болезни должно быть не только возможно ранним, но активным и длительным. Многие больные считают главным лечение в стационаре. Следует разъяснить им, что болезнь эта хроническая и основное лечение проводится амбулаторно.

При обострении заболевания (возникновении гипертонического криза, стенокардии, признаков сердечно-сосудистой недостаточности) показано освобождение от работы (выдача листков нетрудоспособности).

Срочной госпитализации подлежат больные с тяжелыми гипертоническими кризами, расстройством мозгового и коронарного кровообращения, расстройством кровообращения в сетчатке глаза. Плановая госпитализация осуществляется для подбора более действенного сочетания лекарственных средств в случаях высокой стойкой артериальной гипертонии при отсутствии эффекта амбулаторного лечения. В ранних стадиях плановой госпитализации подлежат больные, у которых возникает необходимость исключить подозреваемую симптоматическую гипертонию.

Ведущий принцип лечения — воздействие в первую очередь на центральную нервную систему с целью повышения ее защитно-приспособительных функций и улучшения регуляции кровообращения. Помимо медикаментозных средств (седативных и транквилизаторов), к этим мерам воздействия относятся упорядочение режима труда, запрещение перегрузок на работе, ночных смен, улучшение сна, организация полноценного отдыха. Для снижения артериального давления применяют гипотензивные средства (исходя из особенностей течения болезни, предполагаемых ее механизмов и стадии).

Весьма важной задачей является профилактика обострений. Углубленные исследования последних лет показали, что причины кризов различны, поэтому профилактика должна основываться на учете индивидуальных особенностей развития у каждого больного. Например, если больные чувствительны к резкому изменению погодных и климатических условий, терапию активизируют весной и поздней осенью. При дисгормональных расстройствах проводится гармональное лечение для уменьшения (или прекращения) гипертонических кризов.

У более молодых пациентов кризы чаще развиваются в результате срыва адаптационных возможностей центральной нервной системы с дисфункцией диэнцефальной области. Этим больным для профилактики кризов показаны седативные средства, транквилизаторы. Женщинам в климактерическом и предменструальном периоде иногда нужна гормональная терапия.

У больных среднего и пожилого возраста кризы могут развиваться как рефлекторный ответ на внезапную ишемию и спазм сосудов головного мозга. В этих случаях профилактика направлена на улучшение кровоснабжения мозга.

Существенным разделом любой санитарно-просветительной работы по профилактике гипертонической болезни и ее лечению являются сведения о роли питания, о вреде соленой пищи, влияющей на системы, регулирующие водно-солевой обмен, и таким образом поддерживающей гипертонию. Рациональна диета с умеренным ограничением соли (до 4—6 г в сутки). В ранней стадии болезни нет необходимости в строгой диете и ограничении питания. Такая необходимость возникает при склонности к избыточному весу, возникающих нарушениях липидного обмена, при сопутствующем атеросклерозе.

Диета больных гипертонической болезнью должна быть сбалансированной, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов. Полезны продукты, богатые витаминами С, В₆, В₁₂, В₁₅, растительными маслами, липотропными веществами.

Следует подчеркнуть большое значение в комплексном лечении и профилактике физической активности, спорта, лечебной физкультуры. Утренняя зарядка, водные процедуры или гимнастика по индивидуальной программе — все это укрепляет нервную систему, способствует нормализации обмена веществ и функций сердечно-сосудистой системы. Но начинать занятия следует с разрешения врача, и строиться они должны индивидуально, с учетом состояния больного, степени его тренированности.

На течение гипертонической болезни благоприятно влияет пребывание в санаториях, на курортах. В начальных стадиях особых ограничений нет. Больным со второй стадией необходимо посоветоваться с врачом.

Вообще большинству больных показаны местные санатории. При невысоком уровне артериального давления и отсутствии гипертонических кризов больным разрешается пребывание и на южных курортах, но не в жаркие месяцы и не в климатических зонах с резкими колебаниями температуры и большой влажностью. Однако решит вопрос о возможности и целесообразности поездки на курорт только врач.

За последние два десятилетия достигнуты большие успехи в лечении и профилактике гипертонической болезни. Всесторонним изучением этих вопросов заняты многие научно-исследовательские институты и лаборатории страны. Полученные данные широко используются в медицинской практике.

* *
*

При проведении санитарно-просветительных мероприятий по предупреждению гипертонической болезни рекомендуется использовать комплекс средств массовой, групповой и индивидуальной пропаганды, а именно:

- выступления по радио,
- публикацию материалов в местной печати,
- телепередачи,
- кинодемонстрации,
- включение данной темы в программы университетов здоровья с организацией выставок и демонстрацией кинофильмов,
- выставки литературы,
- тематические вечера, устные журналы, викторины на предприятиях, в учреждениях, в учебных заведениях.

Можно рекомендовать также организацию лекций, вечеров вопросов и ответов, демонстрацию кинофильмов в комнатах здоровья при жэках.

Содержание всей работы должно быть построено на основных принципах гигиенической пропаганды, к которым относятся научная обоснованность, оптимистическая направленность, конкретность, доходчивость. Важно, чтобы рекомендации были выполнимы, соответствовали возможностям самих слушателей и существующей организации медицинской помощи.

Задача лектора — объяснить слушателям основные причины развития гипертонической болезни, ознакомить

них с начальными клиническими ее проявлениями, дать четкие и научно обоснованные рекомендации по предупреждению заболевания здоровым людям, а больным гипертонической болезнью — рекомендации по профилактике осложнений.

Особый акцент необходимо сделать на важность раннего обращения к врачу, так как своевременная диагностика, регулярная явка на диспансеризацию, соблюдение гигиенического режима жизни, врачебных назначений — важнейшие условия предупреждения развития заболевания.

Литература

Антипенко Э. С. О выполнении рекомендаций участковых врачей-терапевтов при диспансеризации больных гипертонической болезнью.— «Здравоохранение РСФСР», 1976, № 4, с. 35—39.

Гипертоническая болезнь.— БМЭ, т. 5, изд. 3-е. М., 1977, с. 459—471.

Гринвальд И. М., Лейбензон Э. И., Одинцова В. Д. Дневные профилактории для больных гипертонической болезнью на промышленных предприятиях.— «Советское здравоохранение», 1976, № 5, с. 36—39.

Заноздра Н. С. Как питаться при гипертонической болезни. Изд. 2-е, перераб. и доп. Киев, 1974.

Косицкий Г. И. Цивилизация и сердце. М., 1975.

Марков А. М. Основы профилактики внутренних болезней. М., 1971.

Кушаковский М. С. Гипертоническая болезнь. М., 1977.

Манзюк Е. Е. Распространенность прегипертонических состояний и гипертонической болезни среди шахтеров и результаты диспансеризации. М., 1971.

Никберг И. И., Бардов В. Г. Некоторые особенности динамики обращений за скорой медицинской помощью при гипертонической болезни.— «Советское здравоохранение», 1975, № 8, с. 31—37.

Студеникин М. Я., Абдулаев А. Р. Гипертонические и гипотонические состояния у детей и подростков. М., 1973.

Фурменко И. П., Фатисова Н. А., Грошева Т. Н. Некоторые вопросы госпитализации городского и сельского населения по поводу гипертонической болезни сердца.— «Советское здравоохранение», 1976, № 1, с. 33—37.

Цырфа Н. Р. Роль санитарной культуры в профилактике и лечении гипертонической болезни.— «Советское здравоохранение», 1976, № 5, с. 45—49.

Шхвацабая И. К. Активность ренина в плазме крови у больных гипертонической болезнью.— «Кардиология», 1973, № 2, с. 59—64.

Шхвацабая И. К. Лечебный эффект индерала при начальной стадии гипертонической болезни. — «Кардиология», 1973, № 11, с. 38—41.

Шхвацабая И. К. О почечном факторе в ранних стадиях гипертонической болезни. — «Кардиология», 1975, № 10, с. 76—82.

Шхвацабая И. К. Возрастные особенности гемодинамики. — «Кардиология», 1975, № 11, с. 68—74.

Шхвацабая И. К. Внутрисердечная гемодинамика и клинико-патологические варианты течения гипертонической болезни. — «Кардиология», 1977, № 10, с. 8—18.

Эрина Е. В. Лечение гипертонической болезни. М., 1973.

Эрина Е. В. и другие. Применение β -блокаторов в лечении артериальной гипертонии. — «Кардиология», 1978, № 3, с. 28—35.

Эрина Е. В., Озохво Г. Н. Влияние апрессина и его комбинаций с обзиданом на показатель центральной гемодинамики при лечении больных гипертонической болезнью. — «Кардиология», 1978, № 7.

Эрина Е. В. Патогенетические основы лечения больных с гипертоническими кризами. — В кн.: Современные проблемы кардиологии. М., 1977, т. 1, с. 156—161.

Научно-популярная литература

Гасин В. С., Романов Л. И. Эмоции и сердце. М., 1972.

Гилмар Г. Бег ради жизни. М., 1970.

Надеждина Е. А. У истоков гипертонической болезни. — «Здоровье», 1977, № 1, с. 19—20.

Пушкарь Ю. Т., Аронов Д. М. Берегите сердце и сосуды. М., 1976.

Шхвацабая И. К. Новая тактика лечения. — «Здоровье», 1978, № 5, с. 17—18.

Наглядные пособия

Мартьянова Т. А. Гипертоническая болезнь и ее предупреждение. Выставочные диапозитивы. М., 1969.

Серебрякова Т. В. Пошадите ваше сердце! М., 1974.

Аронов Д. М. Сердце надо беречь! Выставочные диапозитивы. М., 1974.

Санитарно-просветительные фильмы

«В этом стремительном мире», 1 ч., 1973.

«Начинаем с ходьбы», 1 ч., 1969.

«Первая прогулка», 1 ч., 1966.

«Разговор с сердцем», 2 ч., 1972.

«Умейте быть здоровым», 1 ч., 1972.

«Не волнуйтесь, пожалуйста!», 1 ч., 1976.

«Взволнованное сердце», 1 ч., 1964.