

С. В. КУЦЫИ

КАПИЛЛЯРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В настоящее время большое значение в клинике придается проявлениям сосудистой патологии, однако капилляроскопия как метод исследования сосудистых нарушений у различных больных применяется лишь в редких случаях, вероятно, поскольку большинство исследователей недостаточно знакомы с ее преимуществами [4, 6, 9, 10, 12, 15, 16]. Для клиники гипертонической болезни исследование капиллярной сети, находящейся под сложным нервно-гуморальным влиянием, представляет большой интерес [11].

В оценке капилляроскопической картины при гипертонической болезни наметились две точки зрения: одни авторы [2, 8] при изучении капилляров не находят в них ничего типичного для гипертонической болезни, другие [3, 5, 17], наоборот, считают возможным применение указанного метода даже для дифференциальной диагностики различных форм гипертонии. Это послужило основой для более глубокого изучения этого вопроса у больных, страдающих гипертонической болезнью, с целью использования дифференциальных признаков капилляроскопии в диагностике данного заболевания.

Обследован 41 больной (15 мужчин и 26 женщин) в возрасте 16—77 лет (многие в возрасте 45—59 лет). С IБ стадией заболевания было 5 больных, со IIA—25 (в том числе со IIA стадией в сочетании с атеросклерозом 11), IIB—11 (в том числе со IIB в сочетании с атеросклерозом 10 больных).

Наиболее часто встречались церебрально-кардиальная (у 17 во IIA и у 9 во IIB стадий) и реже кардиально-церебральная формы заболевания (IIA у 8 и IIB у 2 человек). Нарушение гемодинамики I степени, по классификации Стражеско-Василенко, чаще отмечалось у больных со IIA (13) и IIB (7) стадиями.

При сочетании гипертонической болезни с атеросклерозом нарушение гемодинамики I степени встречалось особенно часто—у 14 из 21 обследованного больного (у 8 со IIA и у 6 со IIB стадий).

С прогрессированием заболевания (IIB стадия), а также при сочетании его с атеросклерозом выявлялись и более выраженные гемодинамические нарушения (IIАН у 3 и IIBН у 1 больного). Нарушения коронарного кровообращения (клинически и электрокардиографически) нередко имели место у больных с выраженными признаками заболевания (у 11 со IIA и у 10 больных со IIB стадий) и особенно часто при сочетании его с атеросклерозом (у 7 больных со IIA и у 9 со IIB стадий).

Были определены следующие нарушения ритма: синусовая тахикардия (у 5), экстрасистолия (у 1), мерцательная аритмия (у 2). Нарушения ритма отмечены у больных, у которых гипертоническая болезнь сочеталась с атеросклерозом.

В более выраженных стадиях заболевания рентгенологически определялось увеличение левого желудочка—у 17 человек (у 10 со IIA и у 7 со IIB стадий); у большинства этих больных гипертоническая болезнь сочеталась с атеросклерозом (у 7 со IIA и у 6 со IIB стадий). Электрокардиографически гипертрофия левого желудочка также отмечалась у больных с выраженными признаками заболевания (у 17 со IIA и у 11 со IIB стадий).

При клиническом исследовании доминирующим симптомом были головные боли, которые в начальных стадиях заболевания локализовались в лобно-височных областях и чаще всего носили сжимающий характер; при выраженной стадии заболевания (IIB) боли имели пульсирующий характер и были распространены по всей поверхности головы. Нужно отметить также, что у больных в выраженных стадиях заболевания (IIA и IIB) и особенно при сочетании с атеросклерозом отмечалось наличие в прекардиальной области болей, сопровождавшихся иррадиацией под левую лопатку или в левое плечо.

Наиболее характерными при клиническом исследовании были ослабление у верхушки тонов сердца (у 21 во IIA и у 11 во IIB стадии) и смещение границ сердца влево при определении методом перкуссии (у 21 во IIA и у 9 во IIB стадии).

Всем обследуемым больным была произведена капилляроскопия отечественным капилляроскопом на ногтевых ложах четвертых пальцев обеих рук. При исследовании капиллярного кровообращения, которое, как правило, проводилось натошак в одно и то же время суток, при постоянной температуре помещения, учитывались окраска капилляроскопического фона, кровенаполнение капилляров с определением индекса открытых капилляров, форма капиллярных петель, наличие кровоизлияний и выпотеваний форменных элементов. Индекс открытых капилляров [6] представляет собой процентное отношение количества капиллярных петель, подсчитанных на одной и той же площади в состоянии покоя, к количеству петель, выявленных в состоянии активной застойной гиперемии. По данным литературы индекс открытых капилляров на верхних конечностях для здоровых индивидуумов колеблется в пределах 50—75%. При заведомо опастических состояниях сосудов, сопровождающихся запустеванием капилляров, индекс открытых капилляров колеблется в пределах 50—25% и иногда ниже, при явлениях венозного застоя индекс достигает 80% и приближается к 100%.

Данные капилляроскопической картины в зависимости от стадии заболевания представлены в табл. 1.

Преобладание бледного фона у обследованной группы больных, особенно при сочетании гипертонической болезни с атеросклерозом, совпадает с литературными данными [6, 16]. У всех больных отмечались из-

менения формы капиллярных петель. Наиболее часто встречались расширение и извитость переходной и венозной части капилляров (у 18 во IIA и у 8 больных во IIB стадии, а при сочетании гипертонической болезни с атеросклерозом—у 16 больных).

Таблица 1
Характеристика данных капилляроскопии в зависимости от стадии гипертонической болезни

Данные капилляроскопии		Распределение больных по стадиям гипертонической болезни					
		IБ	IIА	IIА в сочетании с атероскл.	IIB	IIB в сочетании с атероскл.	Всего с гиперт. болезн. в соч. с атероскл.
Ф о н	Розовый	3	3		1	1	1
	Бледный	2	12	8	5	5	13
	Цианотичный		10	3	5	4	7
	Итого патологических изменений	2	22	11	10	9	20
Строение сосудов	Расширение и извитость венозной части или расширение переходной части капилляров	3	18	9	8	7	16
	Артерио-венозные анастомозы		3	2			2
	Аневризматическое расширение переходной части	1	11	5	2	1	6
	Сужение артериальной части капилляров	2	20	8	7	7	15
	Кровоизлияния и выпотевание форменных элементов крови		3	1	3	3	4
	Итого патологических изменений у больных	5	25	11	11	10	21
	Итого патологических изменений у больных	5	25	11	11	10	21
Индекс открытия капилляров в %	Норма (50--75%)	3	7	3	3	2	5
	Увеличен (выше 75%)	2	18	8	8	8	16
Всего обследовано больных		5	25	11	11	10	21
В том числе выявлено патологических изменений		5	25	11	11	10	21

Довольно выраженным и часто встречающимся был симптом сужения артериальной части капилляров, особенно в начальных стадиях заболевания, а также при сочетании гипертонической болезни с атеросклерозом [4].

Индекс открытия капилляров был незначительно увеличен (75—80%) у некоторых больных без нарушения гемодинамики и более значительно—у больных гипертонической болезнью в сочетании с атеро-

склерозом и сопровождающейся нарушением гемодинамики, что, по-видимому, было обусловлено венозным застоем.

Приведенные данные позволяют отметить некоторые особенности в картине капилляров при гипертонической болезни, что в совокупности с другими методами исследования может не только более полно характеризовать функциональные сдвиги в сердечно-сосудистой системе, но и дать некоторое представление о форме или стадии заболевания.

Украинский ин-т усовершенствования врачей,
г. Харьков

Поступило 9/VI 1975 г.

Ա. Վ. ԿՈՒՏՅՈՒ

**Հիպերտոնիկ Հիվանդոթեցան ԺԱՄԱՆԱԿ, ԾԱՅՐԱՆԴԱՄԵՆՆԵՐԻ
ԱՆՈՐՆԵՐԻ ԿԱՊԻԼՅԱՐՈՍԿՈՊԻԿ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետազոտությունները ցույց են տվել մազանոթների փոփոխության մի քանի առանձնահատկություններ՝ հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ, որոնք քննության մյուս մեթոդների հետ միասին հնարավորություն են տալիս դատելու՝ հիվանդության ձևի և աստիճանի արտահայտվածության մասին:

S. V. KOUTSY

**CAPILLAROSCOPIC CHANGES OF PERIPHERAL VESSELS
DURING HYPERTENSIVE DISEASES**

S u m m a r y

The examination has revealed some peculiarities in the picture of capillaries during hypertension. In addition to other methods it might give some news about the form and the state of diseases.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Брудная Э. Н., Остапчук И. Ф. Методы функциональных исследований сердечно-сосудистой системы, 1964.
2. Гельман И. Г. Эссенциальная гипертония. М., 1927.
3. Гельфгат И. И. Врачебное дело. 1946, 11—12, 879—888.
4. Ильина Я. И., Костюхина Н. А. Врачебное дело. 1969, 7, 35—37.
5. Коган-Ясный В. М. Врачебное дело. 1939, 12, 715—726.
6. Кузьмичев А. Я. Принципы клинической капилляроскопии, Здоровье, Киев, 1965.
7. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Л., 1950.
8. Лукомский П. Е. Русская клиника. 1929, 12, 65, 351—364.
9. Малая М. Т., Власенко М. А., Миклаев И. Ю., Кравчук П. Г., Индрисов Ц. А. Врачебное дело. 1975, 1, 25.
10. Мчедlishvili Г. И. Капиллярное кровообращение. 1958.
11. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь, 1954.
12. Нестеров А. И. Известия Томского гос. университета, Томск, 84, 1929.
13. Носатенко В. Е. Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. 1970, 5, 177—181.
14. Погодина К. М. Первая научная сессия Института краевой медицины (АН Кирг. ССР), 1957.
15. Роле С. Д. Врачебное дело. 1964, 9, 126—127.
16. Романов Ю. Д. Клиническая медицина. 1958, 8, 39—45.
17. Скульский Н. А. Капилляроскопия и капилляротонометрия. М.—Л., 1930.
18. Erly A. M. Vasa (Bern), 1974, 3, 3, 312—318.