

Н. И. ЛУКЬЯНОВА, Л. М. КОЖЕМЯКА, Л. В. КАПУСТИНА, Е. Д. СТАСЕНКО

ИЗМЕНЕНИЕ ПЛЕТИЗМОГРАФИЧЕСКИХ И КАПИЛЛЯРОСКО- ПИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Гемодинамические нарушения, нередко связанные с состоянием сосудистой стенки (тонус, проницаемость и др.), имеют большое значение при инфарктах миокарда [1, 9, 13]. Особый интерес представляет в настоящее время более глубокое и разностороннее изучение вопросов клиники, гемодинамики, состояния периферических сосудов в период выздоровления больного, когда в организме восстанавливаются все процессы, ранее нарушенные. В связи с этим нами был обследован на 40—45-й день болезни 91 больной инфарктом миокарда в подостром периоде заболевания. Среди обследованных больных был 71 мужчина, причем 69—в возрасте 50—70 лет. У всех больных инфаркт миокарда был проникающим и захватывал не менее двух стенок левого желудочка. У 4 больных инфаркт осложнился перикардитом, у 7—острыми аневризмами мышцы сердца, у 3—шоком, у 1—постинфарктным синдромом; у 1 больного отмечалось рецидивирующее течение. Гипертоническая болезнь была у 21 больного. Заболевание, как правило, развивалось на фоне выраженного атеросклеротического процесса (у 65 больных). У большинства больных (67) отмечались гемодинамические расстройства, причем у 42 IIА степени. К моменту исследования нарушения кровообращения (I—IIА степени) отмечались лишь у 12.

Нарушения ритма встречались сравнительно редко (у 24 больных), чаще по типу экстрасистолической (у 14) или мерцательной аритмии (у 7). У 67 больных коагулограмма характеризовалась небольшими сдвигами фибриногена в пределах 420—650 мг%, а у 70 были увеличены также показатели трансаминазы—до 51,6—80,0.

Диагностическая ценность капилляроскопического метода при различных заболеваниях сосудов и сердца была отмечена многими авторами [4, 11]. Выделены часто встречающиеся варианты: спастический, атонический и спастико-атонический. При спастическом варианте наблюдаются бледно-розовое или розовое поле зрения, сужение капиллярных тканей, преобладание форм шпилькообразных или в виде восьмерки. Ток крови сплошной или очень быстрый. Атонический тип отличается интенсивно красным фоном, часто с цианотическим оттенком и расширением артериальных и венозных тканей. Калибр капилляров неравномерный, ток крови замедленный, зернистый или глыбчатый. Для спастико-атонического варианта присуща комбинация нитевидно-су-

женных спастических капилляров с нормальными и атоническими сосудами. Наблюдается беспорядочное расположение капилляров с различной скоростью кровотока в отдельных капиллярах.

Установлено [8], что капилляроскопическая картина изменяется при всех степенях гемодинамических нарушений, но при начальных эти изменения обратимы, а при IIБ, III стадии сдвиги в процессе лечения незначительные.

С помощью капилляроскопического метода установлены явные изменения при облитерирующем эндартериите и выявлены определенные степени поражения [3].

Капилляроскопия нами была проведена у 43 больных инфарктом миокарда в период клинического улучшения, при прохождении реабилитационного курса лечения. Использовался отечественный капилляроскоп типа М-70 завода «Красногвардеец». Исследования проводились с края ногтевой фаланги IV пальца руки в утренние часы от 2-х до 5 раз у одного и того же больного.

У обследуемых больных отмечались спазм артериальной части капиллярных бранш (19) и наличие сплошной (13) или прерывистой зернистости (13). Нередкими были признаки атонического синдрома: расширение венозного колена (11) или переходящей части (13), замедленный (24) или неравномерный кровоток (11), цианозный фон (13), умеренная извитость петли (15). В отдельных случаях имели место значительная извитость капиллярной петли (3), аневризматические выпячивания (3), мутный фон (1).

Повторные обследования через 3—4 недели не выявили каких-либо динамических изменений в капиллярной сети.

Приведенные данные, свидетельствующие о стойких изменениях в капиллярной сети в виде спазма артериальной части капилляров и признаков атонического синдрома, дают право предполагать органические изменения атеросклеротического генеза и стабилизацию картины капилляроскопии в этот период заболевания.

Комплексные исследования [12], включающие изучение различных показателей гемодинамики, состояния прессорных и депрессорных механизмов нейрогуморальной природы у больных с различной патологией и у здоровых лиц, а также с использованием функциональных проб, дали возможность более точно и конкретно представить понятие стадийности течения болезни. Исследование соотношений между основными показателями кровообращения имеет особое значение в условиях различных внезапно наступающих изменений в системе кровообращения. Изучение соотношения параметров гемодинамики при остром инфаркте миокарда в условиях клиники [1, 9] свидетельствует о больших трудностях в объяснении состояния периферического и центрального кровообращения в условиях острой патологии сердечно-сосудистой системы. Большинство авторов [14] подчеркивают недостаточность сведений о соотношении между уровнями периферического кровообращения, артериального давления и минутным объемом.

В некоторых исследованиях подчеркивается, что артериальное давление зависит от размеров таких переменных, как минутный объем крови и периферическое сопротивление. Совершенно справедливо отмечалось [5], что интересы клиники в изучении гемодинамики устремлены на периферический кровоток.

Среди многочисленных методов исследования циркуляции крови широко распространен и метод плетизмографии [7], который позволяет не только определять повышение или понижение тонуса сосудов в исследуемой области, но и дать их показателям правильную оценку [2].

Методом плетизмографии было обследовано 48 больных инфарктом миокарда на 45—50-й день болезни.

В момент проведения исследования выраженных нарушений гемодинамики не было обнаружено.

Регистрация плетизмограмм проводилась в специальной комнате в утренние часы. Запись осуществлялась у больных в горизонтальном положении, с помощью двухканального электроплетизмографа ПГ-2, (ВНИИМП).

Для оценки сосудистого тонуса была использована методика калиброванной электроплетизмографии. Оценка тонуса артерий проводилась по показателям [2], которые свидетельствуют, что модуль упругости сосудистой стенки прямо пропорционален пульсовому давлению и обратно пропорционален систолическому приросту объема пальца.

У большинства больных (41) систолический прирост объема пальца был одинаковый и соответствовал несколько повышенным показателям. Стойко отмечалось увеличение пульсового давления (43). У обследуемых больных (28) было изучено также влияние на тонус сосудов валидола, что могло установить зависимость тонуса артерий от органических поражений сосудистой стенки или нарушения топоческой функции. Разность величин систолического прироста объема пальца до и после приема препарата превышала ошибку в 1,5 (17) или в 2 раза (11), вероятно, в зависимости от органических изменений.

Проведенные исследования выявили некоторое повышение тонуса артерий с параллельным снижением тонуса вен, имеющих, видимо, органическую основу заболевания, о чем свидетельствовала реакция стенки сосудов на прием валидола.

Результаты наблюдений дополняют клиническую характеристику инфаркта миокарда в подостром периоде заболевания, свидетельствуя об органических изменениях со стороны стенки периферических сосудов, на что указывают данные как капилляроскопии, так и плетизмографии. При выборе терапевтического воздействия эти изменения должны быть учтены.

Ն. Ի. ԼՈՒԿՅԱՆՈՎԱ, Լ. Խ. ԿՈՇԵՄԻԱԿԱ, Լ. Վ. ԿԱՊՈՒՍՏԻՆԱ, Ե. Դ. ՍՏԱՍԵՆԿՈ

ՊԼԵՏԻՉՄՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ԿԱՊԻԼԼԱՐՈՍԿՈՊԻԿ ԶՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՐՏԱՄԱՆԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ԵՆԹԱՍՈՒՐ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Ստացված տվյալները լրացնում են սրտամկանի ինֆարկտի կլինիկական բնութագիրը և հնարավորություն են տալիս հաստատելու առերոսկոպիկ օրգանական դեմեզը:

N. I. LOUKIANOVA, L. H. KOZHEMIKA, L. V. KAPOUSTINA,
E. D. STASENKO

THE CHANGES OF PLETHYSMOGRAPHIC AND CAPILLAROSCOPIC INDICES IN THE POSTACUTE PERIOD OF MYOCARDIAL INFARCTION

S u m m a r y

The investigation was made by the use of capillaroscopy and plethysmography in patients with the myocardial infarction in the postacute period. The received data gave the additional characteristics of infarction and allowed to suggest the organic changes of atherosclerotic genesis and the stabilization of picture of capillaroscopy and plethysmography in the postacute period of disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградов А. В. Острая недостаточность кровообращения при инфаркте миокарда. Л., 1965.
2. Вотчал Б. Е., Жмурич В. Н. Вестник АМН СССР, 1967, 4.
3. Гамитаев У. Ш., Подоприморенко В. В., Халимова М. П. В сб.: Вопросы патологии сосудов и кровообращения. 1972.
4. Ганелина Н. Е., Бринкер В. Н., Вальперт Е. И. Острый период инфаркта миокарда. Л., 1970.
5. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Л., 1950.
6. Лукомский П. Е. Клинические лекции по кардиологии. М., 1973.
7. Орлов В. Я. Плетизмография. Л., 1961.
8. Пашковский Е. В., Султанова У. С., Асанова З. Г. В сб.: Возрастные особенности детского организма в норме и патологии. 1971.
9. Сметнев А. С. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда. М., 1966.
10. Чазов Е. И. Инфаркт миокарда. М., 1971.
11. Шедловский В. В. Вопросы неврологии и психиатрии. 1974.
12. Шхвацабая И. К. Кардиология, 1974, 10.
13. Malmerona R. Am. J. Cardiol. 1964, 13.
14. Marshall P. et al. Circulation. 1961, 24.
15. Reindell H. Diagnostik der Kreislaufschäden. Stuttgart. 1949.