

Հ. Վ. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ, Ի. Հ. ԶԱՂԻՆՅԱՆ

ԼՅԱՐԴԻ ՈՐՈՇ ՖՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԳԼԽՈՒՂԵՂԻ ԱՆՈՒՆԵՐԻ
ԹՐՈՄԲՈՋՆԵՐԻ ԵՎ ԱՐՅՈՒՆԱԶԵՂՈՒՄՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Բազմաթիվ էքսպերիմենտալ ու կլինիկական աշխատանքներ [1—10] ցույց են տալիս, որ լյարդը ակտիվ և կարևորագույն օրգան է սպիտակուցային ու ազոտային նյութափոխանակության հարցում և նա միակ օրգանն է, որը չեզոքացնում է օրգանիզմի թունավոր ամինոթթուները՝ նրանք վերածելով չեզոք միզանյութի:

Ինչպես հայտնի է, լյարդում է նաև սինթեզվում սպիտակուցային ծագում ունեցող պրոտրոմբինը, որը մեծ նշանակություն ունի արյան մակարդելիության համար:

Եթե լյարդի ֆունկցիոնալ խանգարումները անհրաժեշտ չափով ուսումնասիրվել են ներքին հիվանդությունների ժամանակ, ապա գլխուղեղի անոթային ախտահարումների ժամանակ նրանք ուսումնասիրված են ոչ բավարար չափով: Այդ իսկ պատճառով մեր կլինիկական իր առջև խնդիր է դրել բազմակողմանիորեն ուսումնասիրել լյարդի մի շարք ֆունկցիաներ, հաշվի առնելով նրանց տեսական ու գործնական նշանակությունը կլինիկական բժշկության բնագավառում:

Մենք ուսումնասիրել ենք գլխուղեղի անոթների թրոմբոզով տառապող 35 հիվանդների և արյունազեղումով տառապող 25 հիվանդների մոտ ազոտային ու սպիտակուցային փոխանակության խանգարումները:

Հիվանդներից 24-ը եղել են կանայք և 26-ը՝ տղամարդ, ըստ տարիքի եղել են 41—50 տարեկան՝ 5 հիվանդ, 51—60 տարեկան՝ 20 հիվանդ և 61—70 տարեկան՝ 25 հիվանդ:

Ուսումնասիրությունները կատարվել են այն հիվանդների մոտ, որոնք չեն տառապել լյարդի, երիկամների և մյուս ներքին օրգանների ախտահարումներով:

Քննությունները յուրաքանչյուր հիվանդի մոտ կատարվել են երկու անգամ՝ ստացիոնար ընդունվելուց 2—3 օր հետո և դուրս գրվելուց 2—3 օր առաջ: Ընդամենը կատարվել է 335 անալիզ:

Ուղեղի անոթների թրոմբոզով տառապող 30 հիվանդների մոտ կատարված դինամիկ քննությունների արդյունքներից պարզվեց, որ հոսպիտալացման առաջին 2—3 օրում մնացորդային ազոտի քանակը միայն 18 հիվանդի մոտ է եղել նորմայից բարձր, իսկ մնացած 12 հիվանդի մոտ եղել է նորմայի սահմաններում: Կրկնակի քննություններից պարզվեց, որ 30 հիվանդներից 6-ի մոտ մնացորդային ազոտի քանակը մնացել է նորմայից բարձր, իսկ 24-ի մոտ եղել է նորմալ:

Ուղեղի անոթների արյունազեղումով տառապող 20 հիվանդի մոտ կատարված դինամիկ քննությունները ցույց տվեցին, որ հոսպիտալացման առաջին 2—3 օրում 11 հիվանդի մոտ է միայն մնացորդային ազոտի քանակը նորմայից բարձր, իսկ 9-ի մոտ եղել է նորմայի սահմաններում: Կրկնակի

քննությունների ժամանակ պարզվեց, որ 20 հիվանդից միայն 2-ի մոտ է մնացորդային ազոտի քանակը նորմայից բարձր, մյուսների մոտ եղել են նորմալ ցուցանիշներ:

Այստեղից տեսնում ենք, որ ուղեղում տեղի ունեցող ախտաբանական պրոցեսների ժամանակ հիվանդի մոտ տեղի են ունենում որոշ բիոքիմիական խանգարումներ և հիվանդության սուր շրջանում այդ խանգարումները ավելի են աչքի ընկնում: Այսպես, օրինակ՝ ուղեղի արյունաղեղումների ժամանակ շնայած հիվանդության սկզբնական շրջանում հիվանդի դրությունը լինում է ծանր, հետևաբար և այդպիսիների մոտ, ինչպես նշել ենք մեր նախորդ աշխատություններում, լինում են լյարդի որոշ ֆունկցիաների (անտիտոքսիկ, խոլեստերինային, գլիկոգենային, այնպես էլ ազոտային փոխանակության) խիստ խանգարումներ: Բայց հետագայում, հիվանդի ընդհանուր դրության արագ լավացմանը զուգընթաց, լյարդի մյուս ֆունկցիաների հետ մեկտեղ նորմալանում է նաև ազոտային փոխանակությունը:

Գալով արյան մեջ գտնվող ընդհանուր սպիտենների քանակի ուսումնասիրություններից ստացված տվյալներին, ապա պետք է նշել, որ ուղեղի անոթների թրոմբոզով տառապող 30 հիվանդների մոտ քննությունները կատարվել են դինամիկ կերպով հոսպիտալացման առաջին 2—3 օրում, 12 հիվանդի մոտ ընդհանուր սպիտենների քանակը եղել է նորմայից բարձր, իսկ 18-ի մոտ եղել են նորմալ ցուցանիշներ: Դինամիկ քննությունների ժամանակ պարզվեց, որ միայն 3 հիվանդի մոտ է ընդհանուր սպիտենների քանակը նորմայից բարձր, իսկ 27-ի մոտ՝ նորմալ: Ինչ վերաբերում է ուղեղի արյունաղեղումներով տառապող 20 հիվանդներին, ապա պետք է նշել, որ հոսպիտալացման առաջին 2—3 օրում դինամիկ քննության ենթարկված 20 հիվանդներից միայն 7-ի մոտ է ընդհանուր սպիտենների քանակը եղել նորմայից բարձր, իսկ կրկնակի քննության ժամանակ՝ միայն 2 հիվանդի մոտ:

Այսպիսով, տեսնում ենք, որ գլխուղեղի անոթային հիվանդությունների ժամանակ լյարդի ֆունկցիայի խանգարումները երկրորդային են, նրանք հետևանք են ուղեղի կեղևի ու ենթակեղևի ղեկավարող և կանոնավորող հատկությունների խանգարման: Բացի դրանից, ինչպես ուղեղի անոթների թրոմբոզի, այնպես էլ արյունաղեղումների ժամանակ լյարդի մյուս ֆունկցիաների հետ մեկտեղ խանգարվում է նաև նրա սպիտակուցային ու ազոտային ֆունկցիան և ուղեղի արյունաղեղումների ժամանակ լյարդի ֆունկցիաների վերականգնման դեպքերը ավելի շատ են, քան անոթների թրոմբոզինը:

Մեր փորձերը ցույց են տվել, որ անկախ ուղեղում տեղի ունեցող ախտաբանական պրոցեսների տեղակայումից, լյարդի վերահիշյալ ֆունկցիաների խանգարումներ տեղի են ունենում. այդ հիմք է տալիս մեզ ասելու, որ ուղեղում հատուկ գոյացություն չկա լյարդի դործունեությունը ղեկավարելու և կանոնավորելու համար: Բացի դրանից, փորձերը ցույց են տվել, որ վաղ հոսպիտալացման ենթարկված և համապատասխան բուժում ստացած հիվանդներից մեծ մասի մոտ ինչպես ուղեղում տեղի ունեցող ախտաբանական պրոցեսը, այնպես էլ լյարդի ֆունկցիայի խանգարումները վերականգնվում են: Չպետք է անտեսել նաև հիվանդի տարիքը:

Ինչ վերաբերում է լյարդի սրտորոմբինային ֆունկցիային, ապա պետք է նշել, որ մենք այն ուսումնասիրել ենք ուղեղի անոթների թրոմբոզով տառապող 30 հիվանդների մոտ, որոնցից 26-ի մոտ՝ դինամիկ կերպով: Քննություններից պարզվել է, որ հոսպիտալացման առաջին 2—3 օրում 6 հի-

վանդների մոտ պրոտրոմբինի քանակը եղել է նորմալ, իսկ 20-ի մոտ՝ նորմալից բարձր: Դինամիկ քննությունների ժամանակ պարզվեց, որ 7 հիվանդի մոտ է պրոտրոմբինի քանակը եղել նորմալ, իսկ 19-ի մոտ՝ նորմալից բարձր:

Ուղեղի արյունազեղումներով տառապող 21 հիվանդներից 16-ի մոտ քննություններ կատարվել են դինամիկ կերպով: Անալիզների արդյունքները ցույց տվեցին, որ հոսպիտալացման առաջին 2—3 օրում 10 հիվանդի մոտ պրոտրոմբինի քանակը եղել է նորմալ, իսկ 6-ի մոտ նորմալից բարձր: Հոսպիտալացման 27—28 օրում հիվանդներից 12-ի մոտ այն եղել է նորմալ, իսկ 4-ի մոտ՝ նորմալից բարձր:

Այսպիսով, տեսնում ենք, որ ուղեղի անոթների թրոմբոզով տառապող ավելի մեծ թվով հիվանդների մոտ պրոտրոմբինի ինդեքսը բարձր է և ավելի բիչ հակում կա նորմալացման ենթարկվելու, քան ուղեղի արյունազեղումների ժամանակ:

Պետք է նշել, որ ուղեղի անոթների թրոմբոզով տառապող հիվանդների մեծամասնության մոտ արյան մեջ պրոտրոմբինի քանակը նորմալից բարձր է: Ձեռք առնված միջոցառումների անտիկոագուլանտների (նեոդիկումարին և պելենտան) կիրառման դեպքում հիվանդների մոտ արյան մեջ պրոտրոմբինի ինդեքսը իջնում է և բավականին ժամանակ պահպանվում է նորմալի ցածր սահմաններում:

Գալով գլխուղեղի վերոհիշյալ անոթային հիվանդությունների ժամանակ արյան մեջ գտնվող միզանյութի քանակի տատանումներին, պետք է նշել, որ ուսումնասիրված 60 հիվանդներից և ոչ մեկի մոտ արյան մեջ միզանյութի քանակի տատանումներ չեն հայտնաբերված: Սա ևս ցույց է տալիս, որ լյարդի որոշ ֆունկցիաներ միմյանց հետ կապված չեն և ուղեղում տեղի ունեցող ախտաբանական պրոցեսների ժամանակ նրանց որոշ մասը խանգարվում է, իսկ որոշ մասը՝ ոչ:

Ինչպես մեր փորձերն են ցույց տալիս, վերոհիշյալ նյութափոխանակությունների խանգարման հարցում ուղեղում տեղի ունեցող պրոցեսի կողմնայնությունը ոչ մի դեր չի խաղում, հիմնականում մեծ նշանակություն ունեն պրոցեսի մեծությունը և ուղեղանյութի փափկեցման առկայությունը:

Պաթոլոգո-անատոմիական քննությունները ցույց են տվել, որ այն դեպքերում, երբ պրոցեսում ընդգրկվում է ուղեղանյութի մեծ տարածություն և արագ կերպով զարգանում է ուղեղանյութի փափկեցումը, ապա այդպիսի հիվանդների մոտ լյարդի վերոհիշյալ ֆունկցիաները ավելի ուժեղ կերպով են խանգարվում և այլևս չեն վերականգնվում:

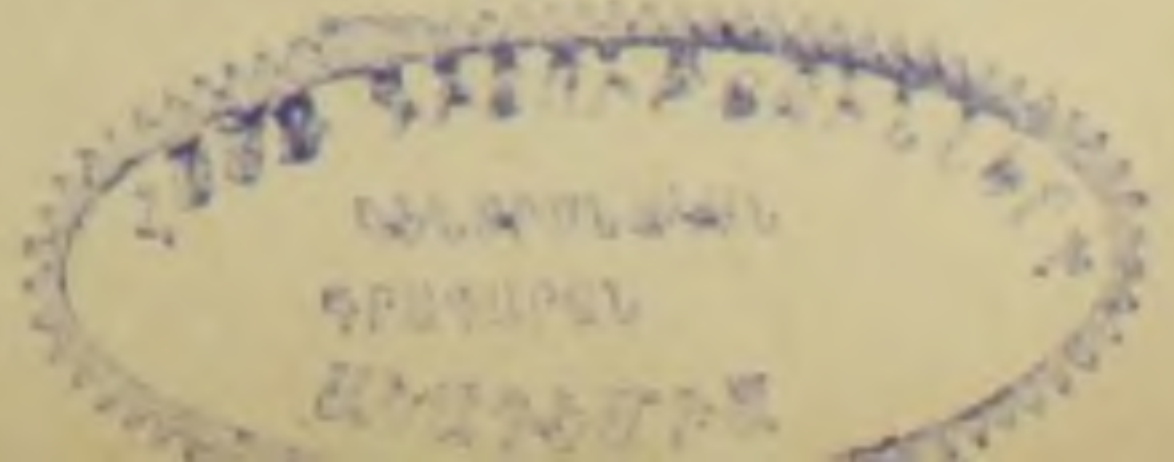
Այստեղից պետք է եզրակացնել, որ կլինիկական պայմաններում վերոհիշյալ հիվանդներին բուժող բժիշկները պետք է ուշադրություն դարձնեն հիվանդների լյարդի ֆունկցիայի խանգարումներին, չնայած դրանք կրում են ֆունկցիոնալ բնույթ, այնուամենայնիվ բուժման կոմպլեքսում պետք է գործադրեն միջոցներ նաև լյարդի ֆունկցիան վերականգնելու նպատակով (վիտամին Ց, Բ—12, պոլիվիտամին), նրանք պետք է ուշադրություն դարձնեն համապատասխան դիետայի ճշգրիտ պահպանմանը, քանի որ լյարդի ֆունկցիայի խանգարումը իր հերթին կարող է բացասաբար անդրադառնալ ուղեղում տեղի ունեցող հիմնական հիվանդության պրոցեսի վրա:

Երևանի բժշկական ինստիտուտի ներվային

հիվանդությունների կլինիկա

Ստացվել է 30. IX 1964 թ.

Известия XVIII, № 11—2



А. В. СТЕПАНЯН, И. А. ДЖАГИНЯН

НАРУШЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ
ПРИ ТРОМБОЗАХ И КРОВОИЗЛИЯНИЯХ СОСУДОВ
ГОЛОВНОГО МОЗГА

Резюме

В литературе имеются очень скудные данные по вопросу нарушения белковой, азотистой и протромбиновой и мочевиновой функции печени при тромбозах и кровоизлияниях головного мозга. Нашей задачей было изучить вышеуказанные функциональные нарушения печени при сосудистых поражениях головного мозга. Хотя печень и выполняет ряд сложных функций, однако некоторые из последних протекают независимо друг от друга. Это значит, что нарушение одной функции печени не обязательно должно сопровождаться нарушением других ее функций, что и подтверждается как нашими, так и исследованиями других авторов [1—10].

Под нашим наблюдением находилось 60 больных, из них с тромбозом сосудов головного мозга 35 и с кровоизлиянием в головной мозг 25 больных. Мы исследовали больных в первые 2—3 дня госпитализации и за 2—3 дня до выписки. Из 60 больных у 50-и исследования проведены динамически, а у 11 больных — один раз из-за ранней выписки или смерти. Всего сделано 335 анализов.

Результаты наших исследований показали, что при сосудистых поражениях головного мозга в основном нарушается протромбиновое, азотистое и некоторые изменения белковой функции печени; мочевиновая у всех исследуемых больных была в пределах нормы.

Количество азота и общего белка в крови при кровоизлияниях более выраженное, чем при тромбозах сосудов головного мозга. Наоборот, протромбиновый индекс более выражен при тромбозах сосудов головного мозга. Восстановление вышеуказанных функций печени при кровоизлияниях происходит быстрее у большинства больных, чем у больных с тромбозом.

Как показали наши работы, при сосудистых поражениях головного мозга сторонность никакой роли не играет. Для нарушения функции печени в основном имеет значение обширность процесса и наличие размягчения мозгового вещества.

Ценность данной работы заключается в том, что нами клинически установлено функциональное нарушение печени, которое имеет вторичный характер.

Восстановление и ухудшение этих функций зависит от основного процесса головного мозга. Наши исследования одновременно показали, что вышеперечисленные нарушения более наглядны при обширных процессах поражения головного мозга, если они протекают с размягчением мозгового вещества и у таких больных эти функции печени не восстанавливаются, что является плохим прогностическим признаком.

При лечении этих больных в комплекс лечения основного заболевания надо включить препараты для восстановления функции печени, в том числе и строгую диету.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Быков К. М. Избранные произведения, т. I, 1953.
2. Быков К. М. Избранные произведения, т. II, 1954.
3. Абдулаев Р. А. Некоторые биохимические нарушения в мозговом инсульте. Медгиз, УзССР, 1961.
4. Сперанская Е. Н. Терап. архив., т. 24, 3, 1953.
5. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь, М., 1950.
6. Тареев Е. М. Терапевт. архив, т. 3, 5, 1951.
7. Костянин Е. С. и Ковалева К. И. Врачебное дело, 4, 1953.
8. Зюзин И. К. Журн. невропат. и психиатр., т. 1, 18, 6, 1940.
9. Павлов И. П. Полное собрание трудов, т. 3, кн. 2, 1951.
10. Прокопенко В. Г. 5-ое совещание по физиол. проблемам, 70--72, 1939.