

Ա. Վ. ՂԱԶԱՋՅԱՆ

ԼՅԱՐԴԻ ԴԻՍՏՐՈՖԻԱՆ ԲՈՏԿԻՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Բոտկինի հիվանդության բազմակողմանի ուսումնասիրությունը, արդի բժշկության ամենահրատապ պրոբլեմներից մեկն է: Մասնավորապես լյարդի դիստրոֆիայի՝ ինֆեկցիոն դեղնախտի ամենահաճախ բարդության, խորը պարզաբանումը ներկա էտապում այդ պրոբլեմայի առաջնակարգ հարցերից է: Նման հետաքրքրությունը հատկապես դեպի լյարդի դիստրոֆիաները պատահական չեն: Նախ, անգամ առաջնակարգ կլինիցիստների տվյալներով (Ա. Լ. Մյասնիկով [12], Ի. Պ. Բեկլեմիշև [2], Շ. Ս. Խալֆեն [19] դեռևս դիստրոֆիաների հաշվին բոտկինի հիվանդության մահաբերությունը նշանակալից է՝ 2—3%: Մյուս կողմից որոշ հեղինակներ (Ե. Ս. Գուրևիչ [7]) լյարդի դիստրոֆիաները բոլոր դեպքերում անվերադարձ պրոցես դիտելը համարում են ոչ ճիշտ և անհիմն: Այդ դրույթի օգտին է խոսում նաև մի շարք կլինիցիստների (Կ. Ա. Դրյագին [8], Վ. Մ. Սուխարև [14], Մ. է. Սեմենդյակևա և Օ. Ն. Մուխինա [15], Ա. Ֆ. Բիլիբին [5], Յարցևա Ա. Մ., Կորնիլովա Ի. Ի. [9]) թարմ տեղեկությունները այն մասին, որ նրանց հաջողվել է կանխել լյարդային դիստրոֆիան և որոշ դեպքերում անգամ հիվանդներին դուրս բերել մահ սպառնող կոմայից: Չնայած այս ամենին, դեռևս վերջնականապես չեն լուծված լյարդի դիստրոֆիաների առաջացման պայմանները. այդ տառապանքի վաղ ախտանիշները և այլ կարևոր հարցեր: Ելնելով դրանից, մենք հարկ համարեցինք անդրադառնալ այդ հարցին: Ներկա հաղորդման մեջ մենք բերում ենք վերջին տասնամյակում լյարդային դիստրոֆիաներով հիվանդների մի մասի (54 դեպք) կլինիկական և մահացածների պատանատոմիական նյութերի վերլուծությունը, որը մեր կարծիքով կարող է օգտակար լինել լյարդային դիստրոֆիայի վաղ ախտորոշման և թերապևտիկ միջոցառումների ժամանակին և նպատակասլաց ընտրության համար:

Ուսումնասիրվածներից տղամարդիկ եղել են 25, կանայք՝ 29 հոգի: Մինչև 14 տարեկանը եղել են 19 հոգի, 15—29 տարեկան՝ 3, 21—30 տարեկան 6, 31—40 տարեկան 4 հոգի. մնացած 16 հիվանդները 50-ից բարձր տարիք են ունեցել: Բերված տվյալներից երևում է, որ լյարդային դիստրոֆիան միայն երիտասարդների հիվանդություն չէ (ինչպես այդ մասին նշում է Ս. Հ. Համիդովը), այն պատահում է բոլոր հասակային խմբերում:

Կլինիկական նյութերի մշակումից պարզվում է, որ ինչպես երեխաների, այնպես էլ մեծահասակների խմբերում նկատվել են լյարդի թե սուր և թե ենթասուր դիստրոֆիաներ: Սակայն մի փոքր ավելի հաճախ սուր դիստրոֆիան նկատվել է երեխաների մոտ: Մեծահասակների մոտ ավելի հաճախ լյարդի դիստրոֆիան զարգացել է ենթասուր ձևով: Հասկանալի պատճառով լյարդի սուր դիստրոֆիան, պրոգնոզի տեսակետից շատ ավելի անբարենպաստ է եղել (25 դեպքից մահացել է 21-ը): Ենթասուր դիստրոֆիան ավելի տևական ըն-

թացք ունենալով հաճախ բուժման է ենթարկվել (29 հոգուց առողջացել են 14-ը): Լյարդի դիստրոֆիաների առաջացման վտանգը, ինչպես երևում է մշակված նյութերից, զգալի չափով մեծանում է բուտկինի հիվանդությանը նախորդող շրջանում կրած հիվանդությունների, ուղեկցող տառապանքների, անբարենպաստ ազդակների և ուշացած հոսպիտալիզացման դեպքերում: Ըստ մշակված նյութերի Լյարդային դիստրոֆիայով բոլոր հիվանդները կլինիկա են ընդունվել արդեն իսկ դեղնուկային շրջանում, հաճախ նախակոմատոզ երևույթներով: Մահացածներից 21-ը ստացիոնարում անց են կացրել ընդամենը 1—4 օր: Անկասկած այս դեպքերի նկատմամբ նախադեղնուկային և դեղնուկային շրջանում հիվանդների ոչ ճիշտ վարքը խոշոր դեր է խաղացել Լյարդի դիստրոֆիայի զարգացման հարցում, քանի որ հիվանդների մեծ մասը մինչև ստացիոնար ընդունվելը շարունակել էին իրենց սովորական աշխատանքը: Բուտկինի հիվանդության ժամանակ Լյարդի դիստրոֆիան համեմատաբար արագ զարգացել էր այն հիվանդների մոտ, որոնց մոտ պրոդրոմալ շրջանը եղել էր կարճատև, որոնք նույն շրջանում ստացել էին մորֆի, պանտապոն, պիրամիդոն, ֆենացետին: Երեխաներից, սանտանին կամ սանկոֆեն ստացողները շատ հաճախ կլինիկա ընդունվելու շրջանում գտնվում էին կոմատոզ վիճակում: Ինչպես հայտնի է Կ. Ա. Տրեսկունովը [18] ծանր ձևի բուտկինի հիվանդության առաջացման մեջ հիվանդների ոչ ճիշտ վարքին նույնպես շատ մեծ նշանակություն է տալիս:

Ակնհայտ է նաև կրած և ուղեկցող հիվանդությունների դերը՝ Լյարդի դիստրոֆիաներից մահացած 19 երեխաներից 17-ը մինչև ստացիոնար ընդունվելը կրել էր մեկ կամ մի քանի ինֆեկցիա, 8 հոգու մոտ հայտնաբերվել էր ուղեկցող հիվանդություններ՝ մեծ մասամբ դիզենտերիա, 17 մահացած մեծահասակներից՝ 15-ի անամնեզում նշվում էր կրած հիվանդություններ, իսկ 6-ի մոտ հայտնաբերվել էր ուղեկցող հիվանդություններ: Առավել ծանր ընթացք և նրան հաջորդող Լյարդային դիստրոֆիան երեխաների մոտ նկատվել է կարմրուկից հետո, իսկ մեծահասակների մոտ նեֆրոզո-նեֆրիտի, բրուցելյոզի և ստամոքսա-աղիքային տրակտի հիվանդությունների դեպքում: Այդ առումով մեր տվյալները համընկնում են գրականությանը (Ի. Ա. Կասսիրսկի [10], Ե. Մ. Տարեև [17], Ա. Է. Մյամնիկով [12], Ն. Ա. Բելյաև [5], Վ. Մ. Սուխարև [14]): Լյարդի դիստրոֆիաների առաջացմանը նպաստող ֆակտորներից են նաև բացասական էմոցիաները և հատկապես վախի զգացումը: Բուտկինի հիվանդության առողջացման շրջանն ապրող 12 տարեկան հիվանդը, հանկարծակի կոմայի մեջ ընկավ կից պալատում կոմատոզ վիճակի մեջ գտնվող հիվանդ տեսնելուց մի քանի ժամ հետո և մահացավ Լյարդի սրագույն դիստրոֆիայից: Ըստ մեր դիտողությունների կոմատոզ վիճակի մեջ գտնվող հիվանդին շրջապատող նույնիսկ թեթև ընթացքով դեղնախտող հիվանդների մոտ հաճախ նույն ժամանակամիջոցում նկատվում են ոչ միայն սուբյեկտիվ գանգատների ավելացում, այլ անգամ դեղնուկի ավելացում: Այդպիսի դեպքերում մահացող հիվանդի մեկուսացումը և մնացած հիվանդների վրա ամենահնարավոր հոգեկան ներգործումը դառնում է անհրաժեշտություն և գուցե ոչ պակաս նշանակություն ունի քան սովորական դեղորայքի նշանակումը:

Ինչպես ցույց են տալիս մեր դիտողությունները Լյարդի դիստրոֆիայի սկզբնական շրջանում արդի բուժական միջոցների պայմաններում, շատ էլ հա-

ճախ հնարավոր է կանխել հետագա կոմայի զարգացումը: Այդ առումով չափազանց կարևոր է ընկալել այդ մոմենտը:

Գրականության մեջ լյարդի դիստրոֆիայի վաղ նշանները դեռևս քիչ է ուսումնասիրված: Ա. Լ. Մյասնիկովը [12] այդ ախտանիշներից ամենից արժեքավորը համարում է գիշերային անքնությունը և ցերեկային քնքոտությունը, նա որոշ նշանակություն տալիս է նաև լյարդային հոտի առկայությանը: Ս. Ռ. Վալսամանը և Յ. Մ. Գրինբերգը [6], Մ. Գ. Սաֆար Ալիբեկովը և Մ. Ա. Բաբանը [16] ավելի մեծ տեղ են հատկացնում որովայնի նոպայաձև ցավերին, որոնք հաճախ նմանվում են լեղաքարային հիվանդության: Այդ հեղինակների տվյալներով նման դեպքերում ավելի է արտահայտվում ապատիան, ալարկոտությունը, քնքոտությունը, գրգռվածությունը և փսխումը: Ռ. Ի. Լեպսկայան [11] առաջնակարգ ախտանիշ է համարում ջերմության բարձրացումը, Վ. Մ. Սուխարևը [14] գտնում է, որ պրեկոմատոզ վիճակում առաջին հերթին արտահայտվում է տոքսիկոզի աճի հետ կապված ախտանիշներ, որոնցից փրսխումը նա նկատել է բոլոր դեպքում, փորի ցավը 30-ից 22-ի մոտ, անքնությունը 30-ից 20 հոգու մոտ: Ընդ որում այդ ախտանիշները ըստ հեղինակի հաճախ ի հայտ են եկել միասին:

Մեր կլինիկական նյութերի մշակումը և անձնական դիտողությունները ցույց են տալիս, որ լյարդային կոման բոտկինի հիվանդության ժամանակ թեև բոլոր դեպքերում նույնատիպ երևույթներով չի զարգանում, սակայն կան ախտանիշներ, որոնք իրավամբ պետք է դիտել իբրև ահեղ ախտանիշներ (աղ. 1) և նույնիսկ պրեկոմատոզ նախանշաններ:

Ինչպես ցույց են տալիս աղյուսակ 1-ի տվյալները նախակոմատոզ շրջանում պատահող ախտանիշները բազմազան են, թեև նրանցից և ոչ մեկը բոլոր դեպքերում հանդես չի եկել: Բայց մեր կարծիքով ուշադրության արժանի է առավելապես մի քանի ախտանիշի զուգակցումը: Մասնավորապես շատ մեծ տեղ պետք է հատկացվի լեյկոցիտոզի աճի, հաճախասրտություն, փրսխման, լյարդի և որովայնի ցավերի ուժեղացման, դեղնության ավելացման, քնքոտության, պսիխոմոտոր խանգարման, լյարդի կրճատման սինդրոմի վրա: Նախկինում ընդունված այն կարծիքը թե իբր բոլոր դեպքերում դիստրոֆիայի ժամանակ լյարդի կրճատում է տեղի ունենում մեր տվյալներով չի ապացուցվում: Այդ մասին է վկայում հերձման տվյալները ևս, որի դեպքում միկրոսկոպիական խորը դիստրոֆիայի պայմաններում ոչ հազվադեպ լյարդը իր չափերով ոչ միայն չէր փոքրացել, այլ երբեմն նաև լինում էր մեծացած:

Բացի վերը նշված պրեկոմատոզ նախանշաններից (աղ. 1) արժեքավոր նշանակություն կարող են ունենալ նաև սուլեյմային և թիմոլային փորձի ցուցանիշների վատացումը, որը մեր տվյալներով բոլոր դեպքերում նորմայից նշանակալից շեղում են տվել:

Հիվանդության ծանրացման և նախակոմատոզ շրջանում, շատ հաճախ վերը նշված ահեղ ախտանիշների հետ մեկտեղ նկատվում է նաև պերիֆերիկ արյան մեջ էրիտրոցիտների միջին տրամագծի մեծացում, իսկ էլ ավելի հաճախ՝ 8 միկրոնից ավելի մեծ էրիտրոցիտների տոկոսի ավելացում:

Որոշ հետաքրքրություն է ներկայացնում մեզի քանակի քչացումը, նրա մեջ սպիտի և գլանաձևների ավելացումը: Ինչպես տեսնում ենք աղյուսակից, այդ ախտանիշը հաճախակի նկատվել է հատկապես մեծահասակների մոտ: Ուսումնասիրելով սեկցիոն նյութերը պարզվեց, որ 21 հոգուց 18-ի մոտ բացի

Լյարդի դիստրոֆիայից մահացածների մոտ նախակոմատոզ շրջանում նկատված
հիմնական ախտանիշները

Ախտանիշները	Մեծահասակներ		Երեխաներ		Մեծահասակներ և երեխաներ	
	հիվանդների թիվը	ախտանիշի հաճախ.	հիվանդների թիվը	ախտանիշի հաճախ.	հիվանդների թիվը	ախտանիշի հաճախ.
Որովայնի փքվածություն	17	12	19	12	36	24
Փսխում	17	15	19	15	36	30
Փորի և լյարդի շրջ. ցա- վեր	17	13	19	12	36	25
Քնի խանգարում	17	12	19	13	36	25
Ջերմ. բարձրացում	17	13	19	13	36	25
Լյարդի չափերի փոքրա- ցում	17	12	19	8	36	20
Դեղնուկի ավելացում	17	15	19	12	36	27
Լեյկոցիտոզ	17	14	19	17	36	31
Նեյտրոֆիլոզ և լիմֆոպե- նիա	17	13	16	6	33	19
Կղանքի անդունացում	17	16	19	16	36	32
Մոնոցիտ. քանակի ավե- լացում	17	10	16	9	33	19
Գրգռվածության և պսի- խոմոտոր խանգարում- ներ, վերջուկների դող	17	7	19	15	36	22
Մեզի քանակի քչացում	17	11	16	6	33	17
Մեզում սպիտերի և գլա- նակների առկայություն (ավելացման իմաստով)	17	15	14	8	31	23
Քորի ուժեղացում	17	11	19	3	36	14
Շնչառության հաճախա- ցում և կամ ութմի խանգարում	17	6	19	14	36	20
Քրտնաթորություն	17	10	19	11	36	21
Հաճախաբարություն	17	12	19	17	36	29
Արիալին, քթալին կամ այլ խոռոչային արյու- նահոսություններ	17	12	19	2	36	14
Մաշկի և յորձաթաղանթ- ների արյունազեղում- ներ	17	11	19	5	36	16
Հիպոտոնիա	17	10	—	—	—	—

Լյարդից, միաժամանակ լուրջ դիստրոֆիկ փոփոխություններ են հայտնաբեր-
վել երիկամներում, սրտի մկանում և այլ օրգաններում: Դրանցից 5-ի մոտ
հաստատվել է դեղնուկային նեֆրոզ: Բացի այդ, մյուս մահացածներից կոմա-
տոզ կամ նախակոմատոզ վիճակում քննության է ենթարկվել արյան մնացոր-
դային ազոտը 5 դեպքում և բոլորի մոտ նրա քանակը նորմայից դերազան-
ցել է, երբեմն հասնելով մինչ 100 մգ. %: Այս ամենը ինչպես նաև Բոտկինի
հիվանդության հեռավոր տվյալների ուսումնասիրությունը վկայում են այն
մասին, որ լյարդային կոմայի առաջացման հարցում ազդեցիկ է հավանա-
բար մի շարք դեպքերում զգալի դեր ունի: Հետևաբար ճիշտ են այն հեղինակ-
ները (այդ մասին վկայում են նաև մեր վերջին տարիների դիստրոֆիկությունները),
որոնք կոմայի և նրան նախորդող շրջանում խորհուրդ են տալիս բուժման
կոմպլեքսի մեջ մտցնել նաև դլյուտամինաթթուն:

Պրեկոմատոզ շրջանում ուշադրության արժանի է նաև հեմորագիկ երեկույթները՝ դրանք շատ հաճախ արտահայտվում են քթային, աղիքային արյունահոսություններով: Փսիսման մասսան հաճախ ունենում է արյան խառնուրդ, մաշկի և լորձաթաղանթների վրա հայտնաբերվում են արյունազեղումներ և այլն: Ինչպես ցույց է տալիս մեր տվյալները խոցային հիվանդների մոտ բոտկինի հիվանդության զարգացման պահին՝ սկսված արյունահոսությունը որոշ դեպքերում հիվանդի մահվան պատճառ է հանդիսանում: Ուշադրավ են նաև հերձման տվյալները՝ հերձված 21 անհատներից 12-ի մոտ հայտնաբերվել են հեմորագիկ երեկույթներ, որի դեպքում հայտնաբերվել են արյունազեղումներ՝ աղիներում, ստամոքսում, պլերայում, էպի-և էնդոկարդում: Առանձին դեպքերում արյունազեղումներն սկսվող արյունահոսման պատկեր են ունեցել: Նման երեկույթներ նշում են նաև այլ հեղինակներ: Վ. Ե. Սուխարևը [14] Այարդի դիստրոֆիայով հիվանդների մոտ տրոմբոցիտների քանակի և պրոտրոմբինային ինդեքսի (50%-ից ցած) իջեցում նկատվել է հետազոտվածների կեսի մոտ:

Այդ հանգամանքները վկայում են այն մասին, որ անհրաժեշտ է նման դեպքերում ինտենսիվ կերպով պայքարել արյունահոսությունների դեմ, իսկ սպասվող արյունազեղումներն ու արյունահոսումները կանխատեսելու նպատակով հաճախակի տրոշել տրոմբոցիտները և պրոտրոմբինային ինդեքսը:

Ինչպես տեսնում ենք աղյուսակից, ներվային սիստեմի ակնհայտ ախտահարումը առավել հաճախ պատահող նախակոմատոզ ախտանիշներ են հանդիսացել երեխաների համար: Առանձին դեպքերում դրանք այնչափ ուժեղ են արտահայտվել, որ նույնիսկ նեվրոպաթալոգի մոտ կասկած առաջանալով մենինգիտի նկատմամբ, կատարված է եղել ողնուղեղային պունկցիա: Նման դեպքերում այդ դիագնոզից հրաժարվել են պունկցիայի արդյունքները ստանալուց հետո, քանի որ բացի 10—12 էլկոցիտներից և ներգանգային ճնշման բարձրացման նշաններից հեղուկը այլ պաթոլոգիկ նշաններ ցույց չի տվել: Վերը նշված պատճառներով, որոշ հիվանդներ կլինիկա էին ուղարկվել էնցեֆալիտ կամ մենինգիտ դիագնոզով:

Ա. Գ. Ալավերդյանը [1] ելնելով իր պատանատոմիական հետազոտություններից ենթադրում է, որ Այարդի դիստրոֆիկ և բորբոքային բնույթի ախտահարման որոշակի էտապում, նյութափոխանակության պրոցեսի խանգարման հետևանքով մշտապես ախտահարվում է նաև ներվային սիստեմը:

Ինֆեկցիոն կլինիկայի պատանատոմի գրանցումների համաձայն, որոշ դեպքերում Այարդային կոմայից մահացածների մոտ հայտնաբերվել է ուղեղի և մենինգիալ թաղանթների այտուց, արյունազեղում, կանգ և այլն: Այս ամենից երևում է, որ Այարդի դիստրոֆիայի ժամանակ ախտահարվելով բազմաթիվ օրգաններ, պրոցեսի մեջ սովորաբար ընդգրկվում է նաև ներվային սիստեմը, որը և կլինիկայում արտահայտվում է որոշակի ախտանիշներով:

Գրականության մեջ հակասական կարծիքներ կան պրեկոմատոզ շրջանում ջերմության բարձրացման հարցի վերաբերյալ: Ըստ որում ոմանք այն բացատրում են երկրորդային ինֆեկցիայով: Վ. Մ. Սուխարևը նշում է, որ հաճախ ջերմության բարձրացումը չի կարելի բացատրել միակցվող ինֆեկցիայով, և այն փորձում է բացատրել Այարդի բարյերային ֆունկցիայի խախտման հետևանքով, չվնասազերծված նյութերով ջերմոռեպուլյացիա կենտրոնի գրգռմամբ: Չբացասելով վերջինս, միաժամանակ մեզ թվում է, որ նախակոմատոզ շրջանում ջերմության բարձրացումը, ինչպես նաև մյուս ախտանիշները ունեն

ուրիշ շատ պատճառներ: Ըստ մեր նյութերի ավելի հաճախ այն օրգանիզմում մինչ այդ նիրհող ինֆեկցիայի ստացման կամ բուռն ճիվանդության ընթացքում միակցված նոր ինֆեկցիայի հետևանք է: Այդ առավելապես վերաբերում է երեխաներին: Այդ մասին է վկայում այն փաստը, որ 21 հերձվածներից 8 հոգու մոտ հայտնաբերվել է բրոնխոպնևմոնիա, 3-ի մոտ դիզենտերիա, 5-ի մոտ նեֆրոզո նեֆրիտ: Սրանից կարելի է եզրակացնել, որ մշտապես ուշադրության կենտրոնում պետք է լինի զուգակցվող ինֆեկցիայի դեմ տարվող պայքարը, որը հաճախ դժվար է հայտնաբերվում կոմատոզ վիճակով հիվանդի մոտ: Ընդհանրացնելով վերը նշվածը հարկ ենք համարում ասել, որ մեր կողմից թվարկած տազնապալից ախտանիշներով հիվանդների մոտ մենք այժմ էլ հաճախ ենք տեսնում լյարդի դիստրոֆիայի այլ զարգացումը: Ի տարբերություն նախորդ տարիների, ներկայումս բուռն ճիվանդության ժամանակ առաջ անցած լյարդային դիստրոֆիայից մահացու ելք, մենք նկատում ենք բացառիկ դեպքերում: Ըստ մեզ, այդ ձեռք բերված հաջողությունը առաջին հերթին կարելի է բացատրել լյարդային դիստրոֆիայի վաղ ճանաչողությամբ, բուժման կոմպլեքսում կորդիկոստերոիդների ավելացմամբ, օրգանիզմում տիրող և 2-րդային միակցված ինֆեկցիայի դեմ տարվող նպատակաւաց բուժմամբ: Հարկ է նշել, որ լյարդի դիստրոֆիայից առողջացած 18 հիվանդներից 14-ի նկատմամբ մեր մոտեցումը բուժման հարցում եղել է նշված ձևով: 14 հոգուց 3-ի մոտ բուժումը սկսված է եղել խորը կոմայի շրջանում և ներանք բոլորն էլ առողջացել են: Այս կարևոր հանգամանքը ըստ մեզ արժանի է լուրջ ուշադրության, քանի որ այլ բուժական մեթոդների կիրառման դեպքում երբեք մեզ չէր հաջողվել հիվանդին նույնիսկ ժամանակավոր դուրս բերել կոմատոզ վիճակից:

Երևանի բժշկական ինստիտուտի
ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոն

Поступило 30.VI.1963 г.

А. В. ҚАЗАЗЯН

ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ БОЛЕЗНИ БОТКИНА

Р е з ю м е

В сообщении представлены данные о 54 больных острой и подострой дистрофией печени. На основании анализа клинического, а также секционных материалов (22 случая) было установлено, что в возникновении дистрофического процесса существенное значение имеет нарушение общего режима больных.

Нередко, особенно у детей, в период развития дистрофии печени присоединялась другая инфекция; часто возобновлялись именно предшествующая дизентерия и бронхопневмония. Эти болезни при дистрофии печени часто протекали малозаметными симптомами, однако по секционным данным были обнаружены выраженные изменения в соответствующих органах и системах. Кроме того, при вскрытии, наряду с печенью постоянно были выявлены дистрофические и воспалительные изменения во многих органах, более постоянно в почках и в сердечной мышце. При

дистрофии печени обычно клинически можно выявить у больных много патологических признаков, однако, как показывают наши личные наблюдения, из них более существенными являются уменьшение размеров печени (особенно при нарастающей желтухе), сонливость, понижение зрения, кровавая рвота, часто после появления резчайших болей в области печени, дряблостью консистенции печени, усиление рвоты, уменьшение диуреза, повышение температуры, учащение пульса, а также после прогрессивного ухудшения показателей сулемовой, тимоловой проб и увеличения планоцитоза развивается печеночная кома. Вышеуказанное дает нам основание считать все это предвестниками дистрофии печени.

Из 54 человек умерло 36 человек, 18 чел. выздоровело после того, как были включены в комплексную терапию кортикостероиды.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аллавердян А. Г. Сборник трудов Ереванского мединститута, 9, Ереван, 1958, 8, стр. 38.
2. Бекклемиев И. П. Тезисы докладов 25-й отчетной научной конференции Казах. мед. ин-та, Алма-Ата, 1957, стр. 72.
3. Бунин К. В. Ранняя дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М., 1960, стр. 106.
4. Билибин А. Ф., Ярцева А. М., Корнилова И. И. В кн.: Проблема инфекционного гепатита (болезнь Боткина). Тезисы докл. научной сессии, Киев, 1960, стр. 144.
5. Беляева Н. М. Сов. медицина, 1962, 5, стр. 59.
6. Вайсман С. Г., Гринберг Я. М. Клинич. медицина, 1959, 1, стр. 129.
7. Гуревич Е. С. Тезисы докл. 1-го Всероссийск. съезда врачей-эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов, М., 1961, стр. 151.
8. Дрягин К. А. Врач. дело, 1957, 1, стр. 19.
9. Корнилова И. И., Ярцева А. М. Сов. медицина, 1959, 2, стр. 62.
10. Кассирский И. А. Инфекционный гепатит. М., 1949.
11. Лепская Р. И. Болезнь Боткина и ее исходы (вирусный гепатит). Казань, 1951.
12. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. М., 1956.
13. Руднев Г. П., Гурский Ю. Н. Вестн. АМН СССР, 1961, 2, стр. 21.
14. Сухарев В. М. Сов. медицина, 1962, 7, стр. 34.
15. Семендяева М. Е., Мухина О. Н. Сов. медицина, 1962, 1, стр. 21.
16. Сафар-Алибеков М. Г. и Бабаев М. А. Труды УМС-а АрмССР, 1962, т. II.
17. Тареев Е. М. Болезнь Боткина. М., 1956.
18. Трескунов К. А. Терап. архив, 1959, 3, стр. 68.
19. Халфен Ш. С. Труды УМС-а АрмССР, 1962, т. II.
20. Хамидов С. Х. В кн.: Эпидемический гепатит (болезнь Боткина). Ташкент, 1959, стр. 187.