

Կ. Տ. ԳԱՍՊԱՐՅԱՆ

ԼՅԱՐԴԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՎԵՃԱԿԸ ՀԵՊԱՏՈՒՆՈՒԵՑԻՍԻՏԻՏՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներքին հիվանդությունների կլինիկայում լյարդի և լեղուղիների պաթոլոգիան զրավում է ակնառու տեղ: Առանձնապես մեծ նշանակություն ունեն հեպատոխոլեցիստիտները, որոնք կլինիկաներում բավական հաճախ են հանդիպում:

Սույն հաղորդման մեջ կանգ ենք առնում լյարդի ֆունկցիոնալ վիճակի վրա՝ տարբեր ընթացք և տևողություն ունեցող հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ:

Ուսումնասիրությունները կատարվել են 100 հեպատոխոլեցիստիտով հիվանդների մոտ, որոնցից 13-ը տառապել են սուր հեպատոխոլեցիստիտով, 14-ը ենթասուր և 73-ը՝ խրոնիկական ձևերով: Հիվանդներից 55-ը եղել են կանայք և 45-ը տղամարդ: Հիվանդների մեծամասնությունը երիտասարդ տարիքում էին. այսպես՝ 16—25 տարեկան—31 հիվանդ, 26—33 տարեկան—34 հիվանդ, 34—41 տարեկան—22 հիվանդ, 42—49 տարեկան—11 հիվանդ, 50 տարեկան և ավելի—2 հիվանդ:

Բացի մանրամասն կլինիկական հետազոտություններից, մենք կատարել ենք նաև հետևյալ բիոքիմիական քննությունները՝ արյան շիճուկի մեջ բիլիրուբինի քանակական և որակական հետազոտումը, խոլեստերինի և ընդհանուր սպիտի քանակի որոշումը և Տակատա-Արայի (ֆուկսինա-սուլեմային) ռեակցիան:

Հետազոտությունների նման մեթոդիկան հնարավորություն է տալիս հայտարարելու լյարդում ճարպային, սպիտային ու պիգմենտային փոխանակության շեղումները և պատկերացում ունենալու նրա ֆունկցիոնալ վիճակի մասին:

Քննությունները կատարվել են առավոտյան, հիվանդի քաղցած և լրիվ հանգիստ վիճակում, կլինիկա ընդունման և դուրս գրման ժամանակ, միանման պայմաններում:

Բիլիրուբինի քանակական և որակական որոշումը արյան շիճուկի մեջ կարևոր ցուցանիշ է հանդիսանում լյարդի պիգմենտային փոխանակության ֆունկցիայի մասին: Լ. Ա. Կաշևսկայան [6] նշում է, որ բիլիրուբինի փոխանակության խանգարումը առաջին հերթին արտահայտվում է նրա քանակի բարձրացմամբ արյան մեջ: Ն. Ֆ. Սկոպիչենկոն [10] նշում է, որ խրոնիկական հեպատիտների ժամանակ հազվադեպ է պատահում պաթոլոգիական բիլիրուբինեմիա, իսկ Լ. Գ. Ֆոմինայի [11] տվյալներից պարզվում է, որ խրոնիկական հեպատիտի և ցիռոզների ժամանակ պիգմենտային փոխանակությունը խանգարվում է:

Բիլիրուբինի քանակական որոշումը արյան շիճուկի մեջ կատարել ենք Հերցֆելդ-Քոկալշուկի եղանակով և որպես նորմա ընդունել ենք 1,6—6,5 մգ%: Բուժման սկզբում քննությունները կատարել ենք 98 հիվանդի մոտ, ընդ որում

Հայտնաբերել ենք բիլիրուբինի նորմալ քանակ 86 հիվանդի մոտ և հիպերբիլիրուբինեմիա (երբեմն մինչև 152 մգ%) 12 հիվանդի մոտ: Բուժումից հետո բիլիրուբինի քանակը արյան շիճուկի մեջ որոշել ենք 87 հիվանդի մոտ, որոնցից 84-ի մոտ եղել է նորմալ բիլիրուբինեմիա և միայն 3-ի մոտ այն եղել է թեթև բարձրացած:

Բիլիրուբինի որակական որոշումը արյան շիճուկի մեջ Հյուսմանս-Վան-Դեն-Բերգի եղանակով, էրլիխի դիազո-ռեակտիվի միջոցով կատարել ենք կլինիկա ընդունման ժամանակ 98 հիվանդի մոտ, որոնցից 86 հիվանդի մոտ ռեակցիան ստացվել է անուղղակի, 4-ի մոտ՝ ուղղակի և 8-ի մոտ՝ ուղղակի դանդաղած: Դուրս գրման ժամանակ բիլիրուբինի որակական ռեակցիան կատարել են 87 հիվանդի մոտ, որոնցից 84-ի մոտ ստացվել է անուղղակի և և միայն 3-ի մոտ՝ (խրոնիկական հեպատոխոլեցիստիտ սրացման շրջանում) ուղղակի դանդաղած:

Կլինիկա ընդունման ժամանակ հիպերբիլիրուբինեմիա և Հյուսմանս-Վան-Դեն-Բերգի ուղղակի և ուղղակի դանդաղած ռեակցիաներ հայտնաբերել ենք 2 սուր, 1 ենթասուր և 9 խրոնիկական հեպատոխոլեցիստիտով (սրացման շրջանում) տառապող հիվանդների մոտ, դուրս գրման ժամանակ ուղղակի դանդաղած ռեակցիա նշել ենք 3 խրոնիկական հեպատոխոլեցիստիտով տառապող հիվանդների մոտ:

Այսպիսով մեր տվյալները խոսում են այն մասին, որ հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ, լյարդի պիգմենտային փոխանակության ֆունկցիան երբեմն լինում է խանգարված, իսկ բուժումից հետո շատ հաճախ վերականգնվում է:

Ա. Լ. Մյասնիկովը [9] նշում է, որ լյարդի ֆունկցիոնալ վիճակը հետազոտելիս, հատկապես լիպոիդների հարաբերության խնդրում որոշակի նշանակություն ունի խոլեստերինի որոշումը արյան շիճուկի մեջ: Հեղինակը գտնում է, որ լյարդի պարենխիմայի թեթև ախտահարման ժամանակ խոլեստերինեմիան կարող է լինել բարձրացրած կամ նորմալ, իսկ ծանր ախտահարումների դեպքում՝ իջած:

Այդ տարբերությունները լյարդի հիվանդությունների ժամանակ Մյասնիկովը [8] բացատրում է նրանով, որ արյան մեջ խոլեստերինի մակարդակի վրա ազդում են հետևյալ 4 գործոնները՝ 1. խոլեստերինի պահումը արյան մեջ, լյարդի թեթև ախտահարումների ժամանակ, երբ խանգարվում է միայն նրա արտաթորումը լյարդային բջիջների կողմից, բայց չի փոփոխված խոլեստերինի դոյացումը: 2. Յուրահատուկ դիաթեզ լեղաքարային հիվանդության ժամանակ: 3. Լյարդում խոլեստերինի դոյացման խանգարում (պարենխիմայի ախտահարման ժամանակ): 4. Ճարպի և խոլեստերինի անբավարար ներծծումը աղիքներից (ուժեղ դեղնուկի ժամանակ):

Ի. Մ. Պանդժան [2] նշում է, որ խոլեցիստոանդիոխոլիտների ժամանակ լինում է երկարատև հիպերխոլեստերինեմիա: Գ. Ն. Իտկեսը [4] գտնում է, որ լյարդի տարածուն հիվանդությունների ժամանակ մեծ մասամբ նկատվում է հիպերխոլեստերինեմիա:

Մենք որոշել ենք խոլեստերինի քանակը արյան շիճուկի մեջ էնզելզրատ-Սմիրնովի կոլորիմետրիկ եղանակով բուժումից առաջ 94 հիվանդի մոտ: Քննություններից պարզվել է, որ 39 հիվանդի մոտ խոլեստերինի քանակը

եղել է նորմալ ($120-184$ մգ $\%$), իսկ 55 հիվանդի մոտ՝ բարձրացած ($192-312$ մգ $\%$):

Մեր հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիպերխոլեստերինեմիան հայտարարվում է ավելի հաճախ խրոնիկական հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ և պակաս չափով սուր դեպքերում: Այսպիսով՝ 13 սուր հեպատոխոլեցիստիտով հիվանդներից միայն 2 -ի մոտ խոլեստերինի քանակը եղել է բարձրացած, իսկ մնացածների մոտ տատանվել է նորմալ թվերի սահմաններում, խրոնիկական ձևերի ժամանակ եղել է նորմալ 21 -ի և բարձրացած 47 -ի մոտ:

Բուժումից հետո որոշել ենք խոլեստերինի քանակը արյան շիճուկի մեջ 82 հիվանդի մոտ, որոնցից 49 -ի մոտ այն եղել է նորմալ, իսկ 33 -ի մոտ՝ բարձրացած ($192-263$ մգ $\%$):

Մեր ստացած տվյալներից պարզ երևում է, որ հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ հաճախ դիտվում է հիպերխոլեստերինեմիա, որը ըստ երևույթին, կապված է լյարդային բջիջների կողմից խոլեստերինի արտաթորման խանգարման հետ: Այդ դեպքում խանգարված չի լինում խոլեստերինի գոյացումը, ինչպես դա նշվում է Ա. Լ. Մյասնիկովի կողմից:

Ն. Մ. Կանչալովսկայան և Ի. Ս. Պրիսսը [7] նշում են, որ խրոնիկական հեպատիտների և ցիռոզների ժամանակ հաճախ նկատվում է հիպերպրոտեինեմիա, բացառությամբ ասցիտով բարդացած ցիռոզներից, որոնց դեպքում լինում է հիպոպրոտեինեմիա: Ն. Իսմարիլովը [3] նշում է, որ խոլեցիստիտի և լեղաքարային հիվանդության ժամանակ, որոնք ընթանում են առանց լյարդի բացահայտ փոփոխությունների, արյան մեջ ընդհանուր սպիտի քանակը լինում է նորմալ, իսկ ինֆեկցիոն դեղնուկների ժամանակ՝ իջած:

Մենք որոշել ենք ընդհանուր սպիտի քանակը արյան շիճուկի մեջ ռեֆրակտոմետրիկ եղանակով բուժումից առաջ 97 հիվանդի մոտ և գտել ենք սպիտի նորմալ մակարդակ 78 հիվանդի մոտ (որպես արյան շիճուկի մեջ ընդհանուր սպիտի նորմալ ընդունել ենք $7-8,5\%$) հիպերպրոտեինեմիա՝ 7 հիվանդի մոտ ($8,57-10,2\%$) և հիպոպրոտեինեմիա՝ 12 հիվանդի մոտ ($4,62-6,93\%$):

Բուժումից հետո արյան շիճուկի մեջ ընդհանուր սպիտի քանակը որոշել ենք 87 հիվանդի մոտ, ընդ որում գտնվել է սպիտի նորմալ քանակը 71 հիվանդի մոտ, բարձրացած 9 -ի և իջած՝ 7 -ի մոտ: Մեր տվյալները այսպիսով ցույց են տալիս, որ հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ որոշ դեպքերում խանգարվում է նաև լյարդի սպիտային փոխանակության ֆունկցիան, որը բուժումից հետո միշտ չէ որ նորմալանում է:

Ա. Լ. Մյասնիկովը նշում է, որ լյարդի հիվանդությունների ժամանակ պլազմայի սպիտիների վիճակի և փոխհարաբերության փոփոխության հետևանքով Տակատա-Արայի ռեակցիան լինում է դրական: Լ. Գ. Ֆոմինան ֆուկսինա-սուլեմային փորձը համարում է նուրբ, և արժեքավոր մեթոդ: Պ. Մ. Ալպերինը նշում է, որ Տակատա-Արայի ռեակցիան միշտ կապված է լյարդի անատոմիական և ֆունկցիոնալ փոփոխությունների հետ և լյարդի խրոնիկական հիվանդությունների ժամանակ կրկնակի խիստ դրական ռեակցիան թույլ է տալիս խոսելու լյարդի անհետադարձ բնույթի ախտահարման մասին: Վ. Ա. Կանևսկին նշում է, որ լեղապարկի և լեղուղիների հիվանդությունների ժա-

մանակ Տակատա-Արայի ռեակցիայի դրական լինելը խոսում է հիվանդագին պրոցեսի մեջ լյարդի պարենխիմայի ներգրավման մասին:

Մենք կատարել ենք Տակատա-Արայի (սուլեմա-ֆուկսինային) ռեակցիան կլինիկա ընդունման ժամանակ 86 հեպատոխոլեցիստիտով տառապող հիվանդների մոտ և գտել ենք այդ ռեակցիան բացասական 13 հիվանդի մոտ, թույլ դրական՝ 41-ի մոտ, դրական՝ 27-ի և խիստ դրական՝ 5-ի մոտ:

Ինչպես երևում է մեր ստացած տվյալներից, հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ Տակատա-Արայի ռեակցիան հաճախ լինում է դրական, որը մեր կարծիքով, հավանական է, խոսում է այն մասին, որ հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ որոշ չափով բորբոքական պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է նաև լյարդի պարենխիման: Քննությունները ցույց են տալիս, որ սուր հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ ռեակցիան ավելի հաճախ լինում է թույլ դրական, իսկ ենթասուր և խրոնիկական դեպքում՝ ավելի հաճախ դրական:

Դուրս գրման ժամանակ ֆուկսինա-սուլեմային ռեակցիան կատարել ենք 78 հիվանդի մոտ, ռեակցիան ստացվել է բացասական 25 հիվանդի մոտ, թույլ դրական՝ 40-ի և դրական՝ 13-ի մոտ: Ինչպես երևում է մեր տվյալներից, բուժումից հետո նկատվում է ռեակցիայի որոշ նորմալացում: Բուժումից հետո ռեակցիայի բացասական կամ պակաս ինտենսիվ լինելը խոսում է լյարդի ֆունկցիոնալ վիճակի բարելավման մասին:

Հ ե տ ն ու թ յ ու ն ն ե Ր

1. Հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ պիղմենտայի փոխանակության ֆունկցիան երբեմն լինում է խանգարված, որը բուժումից հետո հաճախ նորմալանում է:

2. Հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ հաճախ հայտնաբերվում է հիպերխոլեստրինեմիա, իսկ բուժումից հետո նկատվում է նրա զգալի նորմալացում:

3. Հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ երբեմն խանգարվում է նաև լյարդի սպիտային փոխանակության ֆունկցիան և արյան շիճուկի մեջ հայտնաբերվում է ինչպես հիպերպրոտեինեմիա, այնպես էլ հիպոպրոտեինեմիա: Բուժումից հետո զգալի նորմալացում չի նկատվում:

4. Ֆուկսինա-սուլեմային ռեակցիան հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ շատ հաճախ լինում է դրական: Բուժումից հետո ոչ հազվադեպ այս ռեակցիան դառնում է բացասական կամ պակաս ինտենսիվ:

5. Այսպիսով հեպատոխոլեցիստիտների ժամանակ լյարդի ոչ բոլոր ֆունկցիաներն են խանգարում հավասարաչափ, իսկ բուժումից հետո նրանց վերականգնումը չի ընթանում միաժամանակ և նույն աստիճանի:

ՍՍՌՄ կարդիոլոգիայի և «բուժարտ»

վիրաբուժության ինստիտուտ

Ստացված է 25.XI 1963 թ.

К. Т. ГАСПАРЯН

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ
ГЕПАТОХОЛЕЦИСТИТАХ

Резюме

Для определения функционального состояния печени при гепатохолеститах проведены биохимические исследования, которые выявили определенные изменения.

Из 98 исследованных больных у 86 наблюдали нормальное количество билирубина в сыворотке крови, у 12—обнаружилась гипербилирубинемия. Качественное определение билирубина в сыворотке крови по методу Гюсманс Ван-Ден-Берга у 86 больных дало косвенную реакцию, у 4—прямую и у 8—прямую-замедленную. После лечения у большинства больных наблюдалась нормализация количества билирубина в сыворотке крови.

Количество холестерина в сыворотке крови определялось у 94 больных, причем нормальное количество холестерина обнаружено у 39, а у 55 наблюдалась гиперхолестеринемия. После лечения наблюдалась значительная нормализация количества холестерина в сыворотке крови.

Общее количество белка в сыворотке крови определено у 97 больных; при этом нормальное количество белка обнаружено у 78, гиперпротеинемия—у 7 и гипопроteinемия—у 12. После лечения нормализация общего количества белка в сыворотке крови в более или менее значительной степени не наблюдалась.

Реакция Таката-Ара из исследованных 86 больных у 13 была отрицательная, у 41—слабо положительная, у 27—положительная и у 5—резко положительная. После лечения наблюдалась значительная нормализация этой реакции.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что при гепатохолеститах не все функции печени нарушаются в одинаковой степени, после же лечения их восстановление происходит не одновременно и не в одинаковой степени.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Альперин П. М. Клиническая медицина, 1946, т. 24, 3.
2. Ганджа И. М. Врачебное дело, 1958, 1.
3. Исмаилов Н. Клиническая медицина, 1941, т. 19, 6.
4. Иткес Г. Н. Труды гос. научно-иссл. бальнеологического института на кавказских мин. водах, Пятигорск, 1946, т. 23, 24, 25.
5. Каневский В. А. Клиническая медицина, 1947, т. 25, 2.
6. Кашевская Л. А. Советская медицина, 1951, 6.
7. Кончаловская Н. М. и Присс И. С. Терапевтический архив, 1958, т. XXX, в. 2.
8. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. 1934.
9. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. Медгиз, 1956.
10. Скопиченко Н. Ф. Врачебное дело, 1953, 12.
11. Фомина Л. Г. Советская медицина, 1954, 4.