

УДК 616.44 (479.25)

Ա. Ա. ԹՈՐՈՍՅԱՆ

ԿՈՒՐՎԻՄԵՏՐԻԿ ԵՂԱՆԱԿՈՎ ԳԱՍՏՐՈԳՐՍՄԱՆՆԵՐԻ
ՎԵՐԼՈՒԾՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ

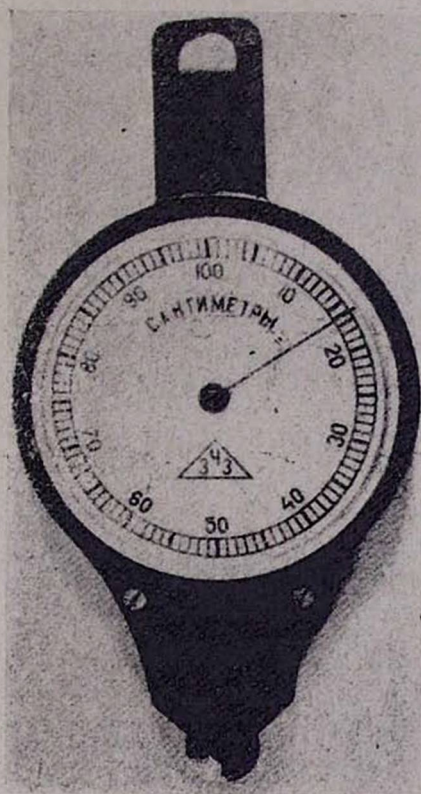
Առաջարկված օբյեկտիվ եղանակը՝ կուրվիմետրիայի միջոցով, հնարավորություն է ընձևոտում ճշգրիտ հաշվումների կատարելու էլեկտրագաստրոգրամաների ընթերցման հարցում և զալ համապատասխան դիագնոստիկ և բուժական եղրակացությունների՝ ստամոքսի մի շարք հիվանդությունների դեպքում:

Իր ժամանակին, աեղին է նշիլ Ռ. Ա. Լուրիան [5], որ ստամոքսի շարժիչ ֆունկցիան սերտորեն կապված լինելով սեկրեցիայի հետ, խոշոր դեր է խաղում օրգանի նորմալ կենսագործունեության մեջ: Այն փաստորեն ընուծագրվում է որպես մեխանիկական աշխատանքի և բիոէլեկտրական հոսանքի հանրագումար: Համաձայն մի շարք հեղինակների [1, 2, 3, 13, 14, 18, 19] ստամոքսի էլեկտրական պոտենցիալները բնորոշում են նրա դեղձային ապարատի ֆունկցիոնալ վիճակը: Ստամոքսի շարժիչ ֆունկցիան մեծապես պայմանավորված է նրա պատի մկանային տոնուսով, ներստամոքսային ստարիլ և ֆազային ճնշումների տատանումներով [15, 16, 17]: Կլինիկայում բնորոշ է այն, որ ցածր սեկրետոր բնույթի խրոնիկական գաստրիտների ժամանակ հաճախ է հանդիպում հիպոկլինետիկ, իսկ գերսեկրետոր գաստրիտների և խոցային հիվանդության ժամանակ՝ հիպերկլինետիկ մոտոր տիպեր [4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]:

Մինչև այժմ, պրակտիկայում, մեխանոգաստրոգրամաների վերլուծությունը տարվում է ըստ Ս. Բ. Կորոստովցեի, իսկ էլեկտրագաստրոգրամաներին՝ ըստ Լ. Գ. Կրասիլնիկովի կլասիֆիկացիների: Սակայն անհրաժեշտ է նշել, որ շնայած հեղինակների կողմց առաջ քաշված մոտոր տեսակները ունեն օբյեկտիվ վերլուծման որոշակի հնարավորություններ, այնուամենայնիվ, պահպանելով հիմնականում հարցի սուբյեկտիվ կողմը, ոչ սակավ դեպքերում, անխուսափելի է դառնում գաստրոգրամաների սխալ եզրակացությունը:

Իլնելով այս խնդրի բուն անհրաժեշտությունից, փորձել ենք գաստրոգրամաները ընթերցել մեր կողմից մշակված հատուկ եղանակով, որի հիմքում դրել ենք օբյեկտիվ սկզբունքը: Այսպես, ամեն մի գաստրոգրամա, դա անհամաչափ ալիքների և անհավասար ինտերվալների հանրագումար է: Եթե այն կուրվիմետրի օգնությամբ (նկ. № 1) վեր ածենք մի ուղիղ գծի, ապա, չափելով վերջինիս երկարությունը միավոր ժամանակի ընթացքում, կստանանք մի մեծություն, որի հրկարությունը, բնականաբար, ուղիղ համեմատական կլինի ստամոքսի բիոպոտենցիալների տևողությունը: Նշանակում է, ինչքան գրգռված է ստամոքսի մոտոր ֆունկցիան, նրա մկանային ապարատը միավոր ժամանակում, այնքան շատ կտա ալիքային կծկումներ, ուրեմն և, այնքան մեծ կլինի գաստրոգրամայի գծային երկարությունը: Այսպիսի վիճակը մենք առկանել ենք հիպերմետրիկ մոտոր տիպ: Մյուս կողմից, որքան թույլ են ստամոքսի մոտոր կծկումները, գաստրոգրամայի մեծությունը միավոր ժա-

մանակում կլինի զծային փոքր թիվ: Նման վիճակը մեր կողմից բնորոշվել է որպես մոտորիկայի հիպոմետրիկ տիպ: Ի դեպ, հաշվումները կատարել ենք միայն էլեկտրագաստրոդրամաների ընթերցման միջոցով: Չնայած այս եղանակով մեխանոգաստրոդրամաների վերաբերյալ ևս հնարավոր է տանել այսպիսի աշխատանք, բայց մնացել ենք ձեռնպահ, Ս. Բ. Կորոտտովցևի կողմից ստանալով ավագ կլասիֆիկացիան համարելով որոշ շահույթ վիճելի:

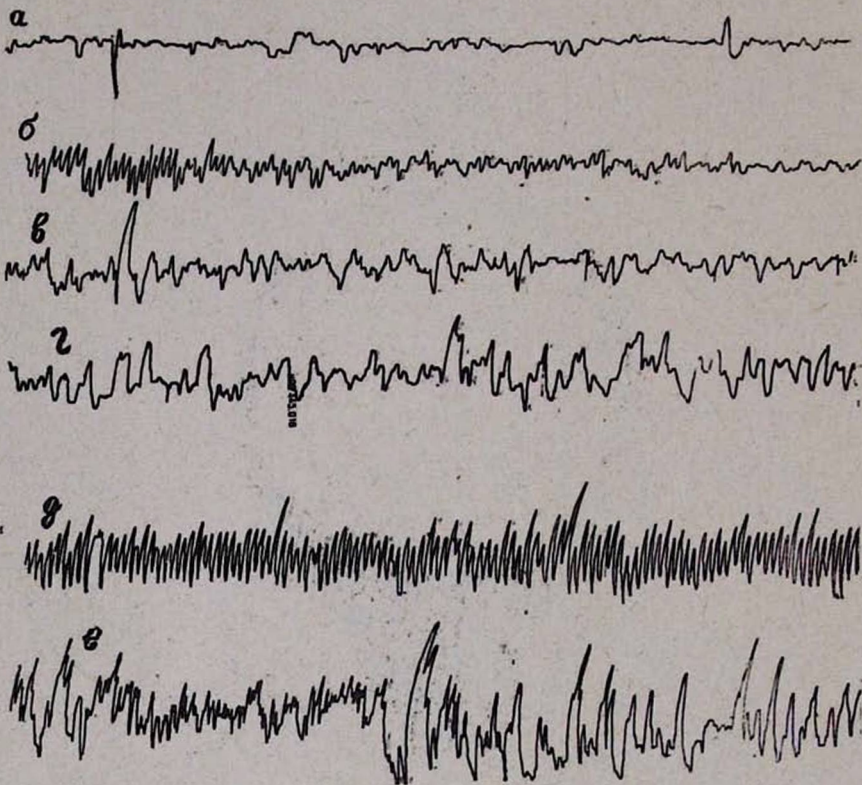


Նկ. 1

Ժամանակի միավորը, բոլոր տեսակի էլեկտրագաստրոդրամաների ընթերցման համար, ընդունվել է 30 րոպեն: Նորմոմետրիկ մոտոր տիպերի հաստատունը ստանալու համար, հաշվառման ենք ենթարկել շուրջ 860 էլեկտրագաստրոդրամա և պարզվել է, որ այն 30 րոպեի ընթացքում կազմում է 200 ± 50 սմ (նկ. № 2Դ և նկ. № 2Ե): Այս մեծությունը հիմնավորելու համար հիմք ենք ընդունել ամեն մի գաստրոդրամայում $0,2-0,4$ միլիամպեր տատանման ալիքների զոնե 80%-ի առկայությունը:

Հիպերմետրիկ մոտոր տիպերը (նկ. № 2e) ունեցել են 251—650 սմ զծային երկարություն և բնորոշ են եղել $0,5-1,0$ միլիամպեր հոսանքի ալիքների տատանումներով: Հիպերմետրիկ մոտոր տիպ հիմնականում զբաղվել է ստամոքսի հիպերացիդ ախտահարումների ժամանակ, հատկապես արտահայտված ցավային սինդրոմի առկայության պայմաններում:

Հիպոմետրիկ մոտոր տիպը բնորոշ է եղել 0,2—0 միլիամպեր հոսանքի ալիքներով (նկ. № 2a), № 2б, № 2в), որոնք միմյանցից բաժանված են եղել հրկարատե ակինետիկ (ուղիղ գծային) ինտերվալներով: Այսպիսի պեպերում կուրվիմետրիկ ցուցանիշը որքան մոտ է եղել 30 սմ-ին (№ 2a) այնքան խորն է ախտահարվել ստամոքսի շարժիչ ֆունկցիան: Նման պատկեր արձանագրվել է հատկապես ծանր ախիլիկ, հիստորոգիորեն լորձաթաղանթը աղիքային մետապլազիայի ենթարկված, ատրոֆիկ գաստրիտների սիլոբոսպազմի,



նկ. 2

գաստրոպատոզի և ստամոքսի ատոնիկ լայնացման դեպքերում, երբ տրոշակի ներստամոքսային ստաբիլ ճնշման ֆոնի վրա, գրանցվել է ֆազային նվազագույն ճնշում:

Կուրվիմետրիկ եղանակի առավելությունը ստամոքսի մոտոր տիպերի որոշման հարցերում միանգամայն ակնառու է: Այսպես օրինակ, մասնավոր դեպքում, այս եղանակով, միմյանցից առանց դժվարության, կարելի է տարբերել հիպոկինետիկ և հիպերկինետիկ դիսկինեզիերը նորմոկինեզից, քանի որ մոտորիկայի վերոհիշյալ երկու տիպերը հաճախ են հանդիպում պրակտիկայում (62%-ով), ոչ սակավ դեպքերում կենդանիքայելով նորմոկինեզը:

Իր հերթին պետք է նշել, որ կես ժամվա ընթացքում մոտոր ալիքների գծային հանրագումարը կարող է կոնկրետ ցուցանիշ հանդիսանալ ոչ միայն դիագնոստիկ, այլև բուժական առումով: Խրոնիկական գաստրիտների պայ-

մաններում, մեզ հաճախ է հաջողվել արձանագրել հիպոմետրիկ մոտոր տիպի փոխարկում նորմոմետրիկի, «Դիլիջան» հանքային ջրով բուժվելու շրմորհիվ:

Նման դեպքերում, ելքային վիճակի հետ համեմատած, կուրվիմետրիկ ցուցանիշը մեծացել է 3—4 անգամ, պարզորոշ կերպով ցույց տալով ստամոքսի բիոպոտենցիալների ուժեղացում նույնքան անգամ:

Բոլոր այն դեպքերում, երբ նախքան բուժումը, ցավային սինդրոմին զուգընթաց, գրանցվել է մոտորիկայի հիպո կամ հիպերմետրիկ տիպ, բուժումից հետո, եթե վերացել են ցավերը, ապա դեպքերի մեծամասնությամբ (92%) արձանագրվել է նորմոմետրիկ շարժիչ տիպ:

Համեմատության մեջ դնելով հիպոմետրիկ-հիպոկինեզ, նորմոմետրիկ-նորմոկինեզ և հիպերմետրիկ-հիպերկինեզ մոտոր տիպերը, ստացվում է այնպես, որ 860 էլեկտրագաստրոգրամաներում հիպոմետրիա դիագնոզվել է 48%, հիպոկինեզ՝ 56%, նորմոմետրիա՝ 38%, նորմոկինեզ՝ 26%, հիպերմետրիա՝ 14%, հիպերկինեզ՝ 18%: Ելնելով ստացված տվյալների պարզորոշ տարբերություններից, կարծում ենք, որ որպես բացարձակ օբյեկտիվ մեթոդ, կուրվիմետրիան, ճշմարտության ավելի մեծ հավանություններ ունի, քան վիզուալ այն մոտավոր հաշվարկը, որի հիման վրա որոշվում են հիպո, նորմո և հիպերկինետիկ մոտոր տիպերը:

Եզրակացություններ

1. Ստամոքսի շարժիչ ֆունկցիայի գրանցումը և նրա ճիշտ վերծանումը ունեն խոշոր դիագնոստիկ և թերապևտիկ նշանակություն տվյալ օրգանի պաթոլոգիայում:

2. էլեկտրագաստրոգրամաների կուրվիմետրիկ եղանակով, մեր կողմից առաջարկված ընթերցումը, օբյեկտիվ մեթոդ է, առավել չափերով զերծ այն սխալներից, որոնք անխուսափելի են վիզուալ մեթոդով բնորոշման ժամանակ:

3. Կուրվիմետրիկ եղանակով հիմնավորված հիպո, նորմո և հիպերմետրիկ մոտոր տիպերը լիովին արտացոլում են էլեկտրագաստրոգրամաների բոլոր տարբերակները և լիարժեք կերպով կարող են բնորոշել բուժական միջոցների պիտանելիությունը ստամոքսի շարժիչ ֆունկցիայի կանոնավորման հարցում:

Դիլիջանի քաղաքային հիվանդանոց

Ստացված է 12.I.74 թ.

А. А. ТОРОСЯН

ОПЫТ РАЗБОРА ГАСТРОГРАММ КУРВИМЕТРИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

Резюме

Предложенный метод разбора гастрোগрмм курвиметрическим способом является объективным тестом для точной оценки моторной функции желудка.

Проанализировав 860 электрогастрограмм курвиметром по линейной величине, мы выявили три типа моторики: гипо-, нормо- и гиперметрический.

Установлено, что нормометрический тип моторики имеет величину 200 ± 50 см, выше этого предела гиперметрический, ниже—гипометрический типы моторики.

По нашему мнению, анализ электрогастрограмм курвиметрическим способом точнее отражает сущность моторики желудка, чем другие методы, известные в литературе, и может стать критерием в диагностике и лечении желудочных заболеваний.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агаджанян Г. И., Торосян А. А. Терапевтический архив, 1972, 12, стр. 57.
2. Борин Я. В. Врачебное дело, 1952, 1, стр. 43.
3. Венчиков А. И. Биоэлектрические потенциалы желудка. М.—Л., 1954.
4. Гайдичук С. Т. Врачебное дело, 1967, 1, стр. 48.
5. Лурья Р. А. Болезни пищевода и желудка. М.—Л., 1941.
6. Масевич Ц. Г. Терапевтический архив, 1963, 35, 6, стр. 38.
7. Петросян Г. С. Врачебное дело, 1967, 9, стр. 26.
8. Рябоконь Г. Е. Терапевтический архив, 1963, 3, стр. 23.
9. Торосян А. А. Журнал exper. и клинич. медицины АН Арм. ССР, 1972, 2, стр. 71.
10. Торосян А. А. Журн. Арохчапаутюн, 1972, 3, стр. 20.
11. Торосян А. А. Труды VI Всесоюзн. съезда физиотерапевтов и курортологов. Кисловодск, 1971, стр. 550.
12. Фишзон-Рысс Ю. И. Терапевтический архив, 1963, 8, стр. 56.
13. Чаговец В. Ю. Труды 2-го Всесоюзн. съезда физиологов. Л., 1926, стр. 39.
14. Черкасова Е. В. Физиол. журнал СССР, 1948, 34, стр. 709.
15. Alvarez W. C. An introduction to gastroenterology. New-York, 1948.
16. Carlson J. A. The control of hunger in health and disease, 1916, Chicago.
17. Grimson R. S., Baylin G. J., Talor H. M., Hesse F. H., Rundless R. W. J. Am. Med. Ass., 1947, 134, 11, 925.
18. Ingram P. W., Richards D. L. Gastroenterology, 1953, 23, 273.
19. Quigley J. P., Zetzelman H. J., Ivy A. C. Amer. J. Physiol., 1934, 108, 643.