

ents suffering from different forms of sclerocystic ovaries has been carried out.

It is concluded, that the most effective method of treatment of the syndrome of the sclerocystic ovaries is the complex therapy.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Акуш К. Б., Саркисян Р. Г., Алагемян Д. С. Акуш. и гинекол., 1982, 10, с. 22.
2. Бенедиктов Д. И. Автореф. дисс. канд. Челябинск, 1981.
3. Бескровная Н. И. Автореф. дисс. докт. Л., 1972.
4. Вейнберг Э. Г., Маркарова О. С., Баблидзе Н. И. Акуш. и гинекол., 1982, 10, с. 19.
5. Вихляева Е. М. Акуш. и гинекол., 1981, 7, с. 58.
6. Крымская М. Л., Петухова Л. В., Сметник В. П. Акуш. и гинекол., 1972, 6, с. 20.
7. Петухова Л. В. Автореф. дисс. канд. М., 1978.
8. Стархови Н. Т. Основы клинической андрологии. М., 1973.
9. Хейфец С. Н. Акуш. и гинекол., 1982, 2, с. 16.
10. Цуцор В. Б. Автореф. дисс. канд. Свердловск, 1979.

УДК 616.831—005.

Э. М. ГЕВОРКЯН, А. В. СТЕПАНИАН

### НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Показано, что в остром периоде при ишемическом инсульте гиперкоагуляционные свойства крови более выражены, чем при геморрагическом инсульте. Гипокоагуляционные свойства крови, наоборот, более значительно выражены при геморрагических, чем при ишемических инсультах. После курса лечения коагуляционные свойства крови в обоих случаях нормализуются, что имеет диагностическое и прогностическое значение.

Изучение свертывающей и антисвертывающей систем крови является существенным звеном в патогенезе острых нарушений мозгового кровообращения. Настоящая работа носит клинико-биохимический характер и предпринята с целью изучения и сопоставления данных о характере острого нарушения мозгового кровообращения и состояния свертывающей и антисвертывающей систем крови на фоне гипертонической болезни и атеросклероза.

Анализ наших исследований показал, что у наблюдаемых больных происходят заметные изменения в коагуляционной системе крови. Общеизвестно, что одной из важнейших функций организма в процессе свертывания крови является нейрогуморальная регуляция. Экспериментальные, клинические и патофизиологические наблюдения доказали сложность механизма возникновения тромбоза, развивающегося как результат комплекса функционально-биохимических нарушений, связанных с состоянием всего организма, в том числе и с центральной нервной системой.

В последние годы доказано, что сосудистая стенка не является просто механическим фактором, отграничивающим сосудистое русло; в стенке сосуда вырабатывается ряд ферментов, участвующих в различных обменных процессах, в том числе и в коагуляции крови. Все слои сосудистой стенки обладают тромбопластической активностью, причем внут-

реиний слой больше среднего. Известно, что увеличение содержания коагулянтов в крови и изменение сосудистой стенки являются теми факторами, которые обуславливают частоту тромбоза при атеросклерозе и гипертонической болезни.

Сведения о показателях свертывающей системы крови очень разноречивы, и это затрудняет их оценку. Многочисленными исследованиями показано, что при геморрагических или ишемических инсультах наблюдаются изменения показателей процессов гемокоагуляции как в сторону усиления, т. е. гиперкоагуляции крови, так и в сторону понижения свертывающей способности крови [1, 2, 3, 7, 9].

Нами изучены некоторые показатели системы свертывания крови, характеризующие не только общую коагуляционную способность крови, но и тесты, охватывающие все три фазы свертывания крови.

Обследовано 189 больных: 61—с ишемическим, 50—с геморрагическим инсультом и 78—с гипертонической болезнью и атеросклерозом (мужчин 116, женщин 73 в возрасте старше 40 лет).

С целью контроля мы исследовали группу здоровых людей в возрасте от 40 до 60 лет. Оказалось, что свертывающая и антисвертывающая системы крови у них находятся в норме.

Исследования проводились в динамике: в остром периоде заболевания и после курса лечения на 26—28-й день госпитализации, а у 11 больных—однократно (из-за ранней выписки или смерти).

Функциональное состояние системы свертывания крови оценивали по следующим показателям: время свертывания крови, время рекальцификации, тромботест, толерантность плазмы к гепарину, протромбиновый индекс, количество фибриногена, фибринолитическая активность, уровень свободного гепарина, количество кальция в крови и содержание витамина С.

При исследовании больных с геморрагическим инсультом в остром периоде заболевания у 50 обнаружено замедление времени рекальцификации, понижение протромбинового индекса, уменьшение количества фибриногена. Антикоагуляционная активность крови, уровень свободного гепарина, толерантность плазмы к гепарину и фибринолитическая активность крови были повышены (статистически достоверно,  $P < 0,001$ ). Кроме того, у некоторых больных отмечено понижение содержания кальция и витамина С в крови.

На основании наших данных можно отметить, что для правильной дифференциальной диагностики геморрагического инсульта, помимо клинической картины, важное диагностическое значение имеют изменения вышеперечисленных показателей, свидетельствующие о понижении свертывающей способности крови.

В остром периоде ишемического инсульта обследован 61 больной. Результаты исследований показали изменение содержания кальция в сторону повышения, укорочение времени свертывания крови и рекальцификации плазмы, увеличение протромбинового индекса и концентраций фибриногена. Толерантность плазмы к гепарину, уровень свободного гепарина, фибриногена были значительно понижены. Содержание витамина С и кальция было повышено. Приведенные статистически достовер-

ные данные ( $P < 0,001$ ) показывают отчетливую корреляционную связь между коагуляционным и антикоагуляционным показателями системы свертывания крови. При ишемических инсультах показатели корреляционной взаимосвязи необходимы для правильной ориентировки в диагностике и прогнозе, а также для планирования лечения больных.

Изучение результатов исследований свертывающей системы крови у 78 больных с гипертонической болезнью и атеросклерозом мозговых сосудов показало, что при поступлении в стационар наряду с жалобами на головокружение, головные боли, шагкость походки с наличием неврологической микросимптоматики наблюдались некоторые сдвиги процессов гемокоагуляции. Так, увеличивалось содержание витамина С, кальция, протромбинового индекса, фибриногена. Время свертывания и рекальцификации плазмы ускорялось, а толерантность плазмы к гепарину понижалась. Уровень свободного гепарина и фибринолитическая активность существенных изменений не претерпевали.

Сравнение данных показывает, что при ишемических инсультах у больных с атеросклерозом и гипертонической болезнью изменения содержания изучаемых показателей были более наглядными, чем при геморрагических инсультах.

Исследования, проведенные после курса лечения, выявили, что у больных на 24—26-й день заболевания наступает нормализация показателей свертывающей и антисвертывающей систем крови, что совпадает с клиническим улучшением состояния больных. В то же время при ухудшении или в состоянии «без перемены» указанные сдвиги со стороны системы гемостаза оставались прежними.

Наши данные не совпадают с мнением некоторых авторов [4, 5], считающих, что протромбиновый индекс не может быть надежным диагностическим тестом для оценки коагуляционного статуса крови и изменений уровня последнего в процессе лечения. Наш опыт показал, что определение протромбинового индекса имеет большое диагностическое значение. Действительно, при ишемических или геморрагических инсультах, когда мы проводили лечение коагулянтами или антикоагулянтами, протромбиновый индекс закономерно понижался или повышался. Зачастую при консультациях в сельских врачебных участках и даже в отдельных районных больницах нам приходилось руководствоваться одним протромбиновым индексом, который нормализовался соответственно улучшению состояния больного. Было замечено, что при ишемических инсультах у некоторых больных в первые 24—48 часов происходило снижение показателей свертывающей системы крови ниже нормы, и лишь в последующие сутки наблюдалось их повышение. И, наоборот, у некоторых больных с геморрагическим инсультом в первые сутки отмечалось повышение свертывающей системы крови, что, очевидно, является следствием защитной реакции организма. Сопоставление данных свертывающей системы крови при разных формах церебрального инсульта выявило определенную зависимость изменений свертывающей системы крови от поражения стволочно-вегетативных образований головного мозга. В тех случаях, когда процесс обширный и имеет место размягчение мозгового вещества, отек и набухание сдавливают гипоталамус и

ретикулярную формацию ствола головного мозга, и параллельно с ухудшением общего состояния наблюдается более устойчивое изменение свертывающей системы крови.

Известно, что при острых нарушениях мозгового кровообращения происходят нейрогуморальные сдвиги в крови и моче, нарушается содержание гистамина, ацетилхолина, адреналина, норадреналина, дофамина, а также 17-кетостеронидов и 17-оксикортикостеронидов. В частности, огромную роль играет нейрогуморальная система. Так, например, увеличение содержания ацетилхолина вызывает нарушение нормальной проницаемости биологических мембран. Гистамин снижает липолитическую функцию гепарина и повышает проницаемость стенки капилляров. Серотонин увеличивает содержание катехоламинов, которые повышают тромбообразование, то есть, увеличивая выработку протромбина в печени, уменьшают содержание гепарина, что может явиться одной из причин кровоизлияния или тромбоза у больных гипертоническими заболеваниями со склерозом мозговых сосудов.

Проведенная работа свидетельствует о необходимости длительного наблюдения за показателями тромбогенных свойств крови для разработки целенаправленных лечебных мероприятий.

Кафедра нервных болезней

Греванского медицинского института

Поступила 11/II 1986 г.

Ե. Մ. ԳԵՎՈՐԿՅԱՆ, Հ. Վ. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ

ԱՐՅԱՆ ՄԱԿԱՐԳԵԼԻՌՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇ ՏՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ ՈՒՂԵՂԻ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՄՈՏ

Հետազոտվել է հեմոսթազիկ և իշեմիկ ինսուլտով, աթերոսկլերոզով, և հիպերտոնիայիով տառապող հիվանդների արյան ֆունկցիոնալ վիճակը:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ախտահարման սուր շրջանում իշեմիկ ինսուլտներով և ուղեղի անոթների աթերոսկլերոզով և հիպերտոնիայով տառապող հիվանդների մոտ ակնհայտ է արյան մակարդելիության բարձրացումը, իսկ հեմոսթազիկ ինսուլտների փամանակ՝ նրա իջեցումը:

Բուժման կուրսը վերջացնելուց հետո հիվանդների կլինիկական լավացման հետ մեկտեղ կանոնավորվում են արյան մեջ տեղի ունեցող մակարդելիության տատանումները: Արյան մակարդելիության համակարգի դինամիկ հետազոտությունները, հատկապես աթերոսկլերոզով և հիպերտոնիայով տառապող հիվանդների մոտ ունեն խոշոր կանխարդելի և բուժիչ նշանակություն՝ հետազայում ուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարումների բարդությունները կանխելու տեսակետից:

E. M. GEVORKIAN, A. V. STEPANIAN

SOME INDICES OF HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH ACUTE DISTURBANCES OF THE CEREBRAL CIRCULATION

It is shown that in acute period of ischemic insult the hypercoagulative properties of the blood are more expressed in comparison with hemorrhagic insult. These properties in hemorrhagic insults, on the con-

trary, are more significant than in ischemic one. After the treatment they normalize, which is of great diagnostic and prognostic value.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бурцев Е. М., Шпрах В. В., Бельтиков Н. Б., Михаелович И. М. Ж. невр. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1981, 2, с. 69.
2. Головин Г. В., Мартынов Ф. И. Ж. невр. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1980, 9, с. 1320.
3. Гуревич Т. В. IV Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1963, с. 55.
4. Ерохина Л. Г., Левицкая Н. И., Хвостунов Р. М. В кн.: Математические методы исследования в неврологии. М., 1972, с. 48.
5. Лобкова Т. Н. Ж. невр. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1973, 5, с. 645.
6. Мищенко В. П. Автореф. докт. дисс. Новосибирск, 1972.
7. Попова Э. М. Ж. невр. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1981, 3, с. 231.
8. Скипетров В. П. В кн.: Тканевая система свертывания крови и тромбгеморрагический синдром в хирургии. Саранск, 1978. с. 51.
9. Шплинберг Б. М. Клин. мед., 1967, 9, с. 49.

УДК 617.7—007.681—09

Р. В. ВАРДАНЯН

### ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Представлены данные о клиничко-функциональном состоянии ресничного тела и радужной оболочки у больных с первичной глаукомой. Выявлены некоторые стороны механизма регуляции офталмотонуса и гидродинамических показателей, а также факторы риска, предрасполагающие к глаукоме, либо приводящие к неблагоприятному исходу.

Проблема глаукомы остается в числе актуальных в офтальмологии, поскольку заболевание это до настоящего времени является одной из частых причин неизлечимой слепоты [2, 4, 6, 7].

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении глаукомы, в гер офтальмологии не сложилось четкого представления о клиничко-функциональной динамике некоторых показателей этого заболевания. Недостаточно освещены дифференциально-диагностические признаки физиологического и патологического старения и факторы риска, предрасполагающие к развитию глаукомы. В отечественной и зарубежной литературе нам не встретилось данных о механизмах старения ресничного тела и радужки как динамического процесса, что обеспечило бы возможность объективной оценки инволютивных симптомов. В связи с этим отсутствует четкая целенаправленность в прогнозировании и патогенетически обоснованном лечении первичной глаукомы.

Целью настоящей работы явилось изучение клиничко-функционального состояния ресничного тела, радужной оболочки, а также некоторых сторон регуляции офталмотонуса и гидродинамических показателей у больных с первичной открытоугольной глаукомой на фоне изучения общего состояния организма.