Վ. Է. ԿՈՒԴՐՅԱՇԵՎ, ՅՈՒ. Վ. ԲԵԼԵՑԿԻ,

ԱՆԱԷՐՈԲ ՇԵՄՔԻ ՈՉ ԻՆՎԱԶԻՎ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ ԿԵՆՏՐՈՆԱԿԱՆ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵՋ (ԼԱԿՏՈՆԱՑԻԴՈԶԻ ՄԵԴԵԼՆԵՐԸ) Հաղորդում 2

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Հաղորդում 2.

Մշակված են մոդելներ, որոնք հնարավորություն են տալիս բուժական օդափոխության փոփոխություններից ելնելով աստիճանական սթեռնիլ տեստով որոշել արյան լակտատների դինամիկան։ Մոդելները պիտանի են սրտի արատներով հիվանդների և առողջ մարդկանց մոտ օգտագործելու համար։ Բուժական օդափոխության դինամիկան համադրված է արյան լակտատների ուղղակի որոշումների հետ։

V. E. Koudryashev, Yu. V. Beletski

Noninvasive Criteria of Anaerobic Threshold in Diagnosis of Central Hemodynamic Disturbances (Models of Lactoacidosis) Report II

Summary

The models are worked out, which allow to determine the blood lactates' dynamics by the changes of minute ventilation and stepped treadmill test. The models are used in patients with heart diseases and healthy persons. The dynamics of the minute ventilation is collated with direct determinations of the blood lactates.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воловой В. Л., Сетракян С. А.* Клин. мед., 1986, 1, 24—30. 2. *Закс Л.* Статистическое оценивание. (пер. с нем.). М., 1976. 3. *Matsumura N., Nishijama H., Kojima S.* et al. Circulation, 1983, 68, 360—367. 4. *Nery L., Wasserman K., French W.* et al. Chest., 1983, 83, 446—453. 5. *Weber K., Kinasewitz C., Janicki J.* et al. Circulation ,1982, 6 . 1213—1223.

УДК 616.72—002.77:616.1/4

Е. В. ДАВТЯН, А. А. ГАЛСТЯН, С. А. ЗАХАРЯН,
С. С. АМИРХАНЯН, В. К. ЛУЛУКЯН

К ВОПРОСУ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

В группе диффузных болезней соединительной ткани, имеющих в своей основе иммунопатологические процессы ревматоидный артрит занимает значительное место. Это заболевание характеризуется затяжным или хроническим ациклическим течением с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата, у части больных с вовлечением в патологический процесс и висцеральных органов, чаще всего

мочевыводящей, сердечно-сосудистой системы, печени, зрительного анализатора, кроветворной системы и др.

На фоне снижения первичной заболеваемости ревматизмом за последние десятилетия отмечается явная тенденция к росту ревматоидного артрита у детей.

Довольно детально изучены анатомоморфологические, иммунологические и клинические аспекты поражения опорно-двигательного аппарата, однако вопросы поражения внутренних органов требуют дальнейшего изучения, ибо нет единого мнения о частоте и характере этих поражений. Одни авторы [2, 4, 5] подчеркивают быстро прогрессирующий характер течения ревматоидного артрита с висцеритами, неблагоприятный прогноз и угрозу развития тяжелой костно-хрящевой деструкции. В то же время [3, 7, 9] не находят существенной разницы между течением суставной и суставно-висцеральной форм ревматоидного артрита.

Частота суставно-висцеральной формы ревматоидного артрита по данным различных авторов [2, 6, 7 и др.] колеблется от 10 до 25%. При этом отличается значительная вариабельность выявления патологии со стороны различных органов и систем. Одни авторы [1, 3, 5, 8] указывают на сравнительно частое поражение сердечно-сосудистой системы и почек при ревматоидном артрите и более редкое поражение ретикуло-эндотелиальной системы. Вместе с тем [2, 4, 7 и др.] показали значительную частоту поражения органов ретикуло-эндотелиальной системы и почек. Разноречивые данные приводятся также в отношении поражения других органов и систем.

С целью выявления различных поражений внутренних органов у детей, страдающих ревматоидным артритом, нами наблюдались 212 больных, леченных в кардио-ревматологическом отделении клинической больницы «Арабкир» за период 1982—1987 гг. в возрасте от 2 до 15 лет. Мальчиков было 108 (50,9%), девочек 104 (49,1%).

Длительность заболевания составляла от нескольких недель, до 10 лет. Преимущественно суставная форма наблюдалась у 86 (40,6%), суставно-висцеральная у 126 (59,4%) больных.

Основными жалобами были—повышение температуры разной выраженности, суставные боли и отечность, утренняя скованность в суставах, плохое самочувствие.

Из объективных данных наиболее частыми были бледность кожных покровов, похудание, моно-олиго-полиартриты, разной выраженности температурная реакция, полимикроадения, у части больных—кожные сыпи (в основном аллергического характера).

Тяжелое состояние констатировалось у 154 (72,6%) больных, среднетяжелое у 58 (27,4%) больных.

Активность ревматоидного процесса I степени отмечалась у 54 (25,5%), II—III степени у 158 (74,5%) больных.

Из 126 больных с суставно-висцеральной формой ревматоидного артрита у 58 (46%) наряду с олиго-полиартрикулярным синдромом

отмечалась также гепатоспленомегалия, у 27 (21,4%) гепатомегалия. Таким образом у 85 (67,4%) из 126 больных с суставно-висцеральной формой ревматоидного артрита были выявлены признаки поражения ретикулоэндотелиальной системы. У отмеченных больных кроме гепато-лиенального синдрома были выявлены также полимикроадении и нормохромная анемия разной выраженности.

У всех больных этой группы отмечалось похудание, а у 16 (12,7%)—истощение, обусловленное полиамиотрофией.

При электрокардиографическом исследовании у больных были обнаружены разнообразные изменения, отражающие воспалительные и дистрофические процессы в миокарде. У 82 (65,1%) отмечалось нарушение ритма, в виде синусовой тахикардии у 54 (42,8%) и синусовой аритмии у 28 (22,2%).

Изменения в миокарде предсердий наблюдались у 29 (23%) больных. Это отражалось на ЭКГ уменьшением или увеличением амплитуды, расщеплением, двуфазностью зубца «Р». Зубец «Т» в стандартных отведениях был снижен у 22 (17,5%) детей. У 17 (13,5%) детей в грудных отведениях отмечались высокие зубцы Т со смещением отрезка S-T, что указывало на нарушение электролитного обмена в мышце сердца, а также изменения кровообращения в ней. Изменения касались и комплекса QRS электрокардиограммы, отмечалось расщепление и снижение его вольтажа у 19 (15,1%) детей. Повышение электрической активности миокарда левого желудочка (глубокие зубцы в V_1—V_2 и высокие зубцы Р в V_4, V_5V_6) выявлено у 8 (6,3%) детей. Атрио-вентрикулярная блокада отмечалась у 19 (15,1%), а частичная блокада правой ножки пучка Гиса у 26 (20,6%) больных.

Анализ фонокардиограмм показал, что у больных в основном наблюдается тенденция к увеличению продолжительности I тона, что свидетельствует о наличии понижения сократительной функции миокарда. Продолжительность 2 тона оказалась несколько увеличенной у 43 (34,1%) больных.

У 18 (14,3%) больных регистрировались высокоамплитудные (III и IV) тоны (протодиастолический и пресистолический галоп), что свидетельствовало о снижении тонуса, нарушений сократительной функции сердечной мышцы.

У 30 (23,8%) больных регистрировался на ФКГ миокардиальный, малой амплитуды систолический шим, занимающий $\frac{1}{2}$ или $\frac{2}{3}$ продолжительности систолы, чаще неопределенной формы, начинающийся непосредственно (не сливаясь с I тоном) или спустя 0,02 сек после первого тона.

Таким образом, вышеизложенное дает основание заключить, что при ревматоидном артрите наблюдаются значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, что является результатом генерализованного поражения соединительной ткани в этой системе. Причем отмечается четкий параллелизм между выраженностью и

тяжестью клинической картины болезни, а также длительностью заболевания.

Изменения со стороны мочевыводящей системы наблюдались довольно часто у 38 (30,1%) больных и выражались клиникой очагового нефрита, мочевым синдромом. Нарушения функции почек отмечались у 22 (17,6%) больных.

Костно-хрящевая деструкция с нарушением функциональной способности суставов наблюдалась у 34 (27%) больных, у 26 (20,6%) с частичной, а у 8 (6,3%) с полной утратой.

Лечение больных проводилось комплексной базисной терапией, включающей кортикостероиды, хинолиновые препараты, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, бруфен, ибупрофен, ортофен, препараты салицилового, пиразолоного ряда,) витамины, физиотерапевтические процедуры.

Реабилитационное этапное лечение больных проводилось в детском отделении научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии.

Дальнейшее диспансерное наблюдение осуществлялось кардио-ревматологическими кабинетами детских поликлиник.

Ранняя диагностика ревматоидного артрита с висцеритами, своевременный охват больных на учет, проведение этапного лечения и качественное диспансерное наблюдение являются необходимыми условиями предупреждения дальнейшего прогрессирования заболевания и достижения максимального терапевтического эффекта.

Ереванский институт усовершенствования врачей,
Детский кардиоревматологический центр Армении

Поступила 14/XI 1989 г.

Ե. Վ. ԴԱՎԹՅԱՆ, Ա,. Ա. ԳԱԼՍՏՅԱՆ, Ս. Ա. ԶԱՔԱՐՅԱՆ,
Ս. Ս. ԱՄԻՐԽԱՆՅԱՆ, Վ. Կ. ԼՈՒԼՈՒԿՅԱՆ

ՌԵՎՄԱՏՈԻԴ ԱՐԹՐԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՆԵՐՔԻՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Սեփական դիտողությունների հիման վրա բացահայտված է ռևմատոիդ արթրիտով տառապող հիվանդների ներքին օրգանների ախտահարումների բնույթը։

Ye. V. Davtian, A. A. Galstian, S. A. Zakar'an, S. S. Amirkhanian,
V. K. Lulukian

On the Problem of Internal Organs Affection at Rheumatoid Arthritis

S u m m a r y

The data of own observations over 126 children suffering with rheumatoid arthritis with different manifestations of the internal organs affection (visceritis) are brought in the article.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аксель Б. М.* Ревматические болезни у детей (перевод с англ.). М., 1983. 2. *Астапенко М. Г.* Вопр. ревматизма, 1964, 3. 3. *Долгополова А. В., Алексеев Л. С., Лепская Е. С.* и др. Вопр. ревм., 1980, 3, 3—6. 4. *Дормидонтова Е. Н., Коршунов Н. И., Фризей Б. М.* Ревматоидный артрит. М., 1981. 5. *Полянская И. П.* В кн.: «Ревматоидный артрит» (под ред. Насоновой В. А. и Лайне В.). М., 1983, 91—93. 6. Руководство по детской артрологии (под ред. Студеникина М. Я. и Яковлевой А. А.), Л., 1987. 7. *Трофимова Т. М., Акимова Т. Ф., Мылов Н. М.* Вопр. ревмат., 1980, 4, 15—18. 8. *Улыбина О. В., Шахбазян И. Е., Ельяшевич В. Я.* Педиатрия, 1983, 11, 31—35. 9. *Gardnec D. L.* The pathology Rheumatoid Arthritis. London, 1972. 10. *Harris E. D., Emkey R. D., Nichols Y. E.* et al. J. Rheumat., 1983, 10, 5, 713—72.

УДК 616.127—005.8—092—07

Н. Л. АСЛАНЯН, А. А. НИКОЛАЕВА, О. А. БЕКЛЕМИШЕВА, И. Ш. ШТЕРЕНТАЛЬ, В. М. МЕРЖИЕВСКАЯ, В. Г. СНЕГУРОВА

ОКОЛОСУТОЧНАЯ ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИНАМИКЕ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Возникновение острого инфаркта миокарда (ИОМ) сопровождается значительными гормональными сдвигами. Литературные данные об уровне гормонов в крови больных ОИМ весьма противоречивы [1—5]. Биоритмические же исследования некоторых гуморальных показателей при этой патологии проводились в течение суток, т. е. выявлялись лишь суточные колебания.

Целью нашего исследования явилось выявление околосуточных ритмов гормонов (инсулина, кортизола, трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4), а также миоглобина, гистамина, серотонина и клинических параметров (пульс, систолическое артериальное давление—САД, диастолическое артериальное давление—ДАД и температура тела) при ОИМ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 19 больных ОИМ в возрасте от 36 до 80 лет (средний возраст $57 \pm 13{,}2$), из них 15 мужчин и 4 женщины. Крупноочаговый и трансмуральный ИМ был у 17 больных, у двоих—мелкоочаговый процесс. Четверо больных (15,8%) в прошлом перенесли ИМ, одна больная поступила с рецидивом ОИМ, у двоих ИМ рецидировали в станционаре. Осложненное течение ОИМ, (I—IV группы осложнений) мы отмечали в 17 случаях.

Забор крови проводился в течение 3 суток через 4 часа (8—12—16—20—24 и 4 ч), через катетер, установленный в подключичную вену. Гормоны (инсулин, кортизол, T_3, T_4) и миоглобин определялись методом радиоиммунного анализа с использованием отечественных наборов