

THE EXPERIENCE OF LIDOCAIN APPLICATION IN PATIENTS WITH CARDIAC RHYTHM DISORDERS

The investigations have been carried out in patients with IHD with different disorders of the cardiac rhythm for the evaluation of the effectiveness of lidocaine. It has been revealed that this preparation is highly recommended for the patients with acute myocardial infarction and ventricular extrasystole of "R" or "T" type.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бесермени Э., Морван В., Варшанг В. Венг. фармакол., 1973, 5, с. 16.
2. Кенеди И., Хорват М. Венг. фармакол., 1972, 4, с. 7.
3. Пушкарь Ю. Т., Большой В. М., Елизарова Н. А. и др. Кардиол., 1977, 7, с. 85.
4. Стародубцев А. К. Автореф. дисс. канд. М., 1982.
5. Chopra M., Portal R. W., Abel C. P. Brit. Med. J., 1969, 1, 213.
6. Geresaty R. M., Kapn A. H., Landry A. B. Chest, 1972, 61, 683.
7. Lichtstein E., Chadda K. D., Gupta P. K. Am. J. Cardiol., 1973, 31, 277.
8. Lippestad C. T., Forfand K. Brit. Med. J., 1971, 1, 537.
9. Mason et al. Drugs (Basel), 1973, 5, 4, 261.
10. Mortimer L., et al. J. of Clinic. Pharm., 1974, 77.

УДК 616—002.78 : 615.834

Ж. С. ТОПЧЯН Е. А. МОВСЕСЯН, А. П. АРАБАДЖЯН

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ
НА КУРОРТЕ ДЖЕРМУК

Впервые на курорте Джермук проведено обследование больных подагрой. Выявлено благоприятное влияние комплекса лечебных факторов курорта на клиническое течение, а также на состояние сердечно-сосудистой системы при данной патологии. Полученные результаты расширяют показания к лечению больных подагрой.

Рост заболеваемости подагрой во всех странах мира, появление атипичных форм, развитие тяжелых почечных и кардиальных осложнений делают весьма актуальными вопросы терапии этого заболевания [5, 11, 14].

Литературные данные указывают на большую подверженность больных подагрой сердечно-сосудистым заболеваниям, на часто развитие коронарного атеросклероза, артериальной гипертензии, а также ишемической болезни сердца [3, 8, 9]. Кроме того, некоторые авторы указывают на связь гиперурикемии с нарушением липидного метаболизма [6, 16], с гиперхолестеринемией, которая способствует развитию атеросклероза [19].

В арсенале современных методов лечения наряду с применением урикодепрессивных и урикоэлиминирующих препаратов широко используются физиобальнеофакторы, оказывающие благоприятное влия-

ние на клинические проявления болезни, пуриновый, липидный обмен, на функцию печени, почек и других органов [2, 7, 10, 12, 15, 19].

Цель настоящей работы состоит в выявлении эффективности и механизма лечебного действия джермукской минеральной воды у больных подагрой с учетом состояния сердечно-сосудистой системы.

Основанием для этих исследований послужили работы, указывающие на положительное действие лечебных факторов курорта Джермук на больных с дистрофическими [17] и воспалительными [13] заболеваниями суставов, на состояние сердечно-сосудистой системы [18], показатели липидного обмена [4] у больных атеросклерозом, а также на экскрецию мочевой кислоты у больных мочекаменной болезнью [1].

Под нашим наблюдением находилось 66 больных подагрой (58 мужчин, 8 женщин) в возрасте от 28 до 68 лет с давностью заболевания от нескольких месяцев до 20 лет. У 26 больных подагра сочеталась с атеросклерозом, у 5 — с артериальной гипертензией и у 1 — с сахарным диабетом. Все больные в анамнезе отмечали приступы моноили олигоартрита. Типичное начало болезни (острый приступ артрита большого пальца) наблюдалось более чем у половины больных, у остальных первоначально процесс локализовался в других суставах, чаще голеностопных. При поступлении больные жаловались на боли различной интенсивности в суставах конечностей, у большинства были выявлены умеренные воспалительные проявления в отдельных суставах. Почти у половины больных определялись подкожные тофусы в области завитков ушных раковин.

Все больные находились на санаторно-курортном режиме, получали на фоне малопуриновой диеты минеральные ванны и принимали минеральную воду. В процессе лечения у 8 больных наблюдался приступ острого артрита, однако с меньшей интенсивностью суставных проявлений по сравнению с приступами до лечения. Под влиянием проведенного комплекса лечения больные отмечали значительное улучшение, выражающееся в уменьшении болей в суставах конечностей в покое и при ходьбе, а также припухлости в суставах.

Положительные сдвиги в клинике заболевания сопровождались нормализацией некоторых показателей активности процесса (СОЭ и ДФА снизились соответственно на 10 мм/ч и 18,34 ед. экст., $P < 0,001$), а также положительной динамикой в показателях липидного (триглицеридов) и пуринового обмена. Определение мочевой кислоты (с учетом ее содержания в крови и моче, а также клиренса) выявило гиперурикемию метаболического типа у 16, смешанного — у 11 и почечного — у 13 больных.

В результате проведенного лечения в группе больных с почечным типом гиперурикемии наблюдалось улучшение показателей обмена мочевой кислоты. У этих больных тенденция к уменьшению гиперурикемии ($M_1 = 9,42 \pm 0,26$, $M_2 = 8,78 \pm 0,44$, $P > 0,2$) сопровождалась возрастанием урикозурии ($M_1 = 411, 73 \pm 43,1$, $M_2 = 603, 07 \pm 74,8$, $P < 0,05$), клиренса мочевой кислоты ($M_1 = 3,04 \pm 0,3$, $M_2 = 5,15 \pm 0,43$, $P < 0,001$), и диуреза ($M_1 = 1061 \pm 83,16$, $M_2 = 1569, 23 \pm 83,16$, $P < 0,001$).

Изучение состояния сердечно-сосудистой системы до лечения (по данным ЭКГ исследований с качественным и количественным анализом и ПКГ с определением фазовой структуры систолы левого желудочка) выявило поражение ее у большинства больных. Это выражалось в нарушении трофики миокарда (18) и признаках гипоксии (27 больных).

Под влиянием лечения было констатировано улучшение указанных показателей. В группе больных с исходными данными гипоксии миокарда имело место сокращение амплитуды высоких зубцов Т, приводящее к уменьшению площади RSTT на $11,55 \text{ мм}^2$ ($P < 0,05$), а в группе больных с «ишемической» ЭКГ — к увеличению этой площади на $6,78 \text{ мм}^2$ ($P < 0,02$).

По данным ПКГ, у большинства больных отмечалось нарушение контрактильной способности миокарда по типу гиподинамии. На улучшение этой функции в конце лечения указывало укорочение фазы напряжения на $0,015 \text{ сек}$ ($P < 0,001$) и удлинение фазы изгнания на $0,024 \text{ сек}$ ($P < 0,001$).

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о благоприятном влиянии комплекса лечебных факторов курорта Джермук на клиническое течение болезни, некоторые показатели активности процесса, на отдельные звенья липидного и пуринового метаболизма, а также на состояние сердечно-сосудистой системы у больных подагрой. Все вышеизложенное позволяет обоснованно применять лечебные факторы курорта Джермук для терапии больных подагрой.

Армянский НИИ курортологии и физиотерапии
им. А. А. Акопяна МЗ АрмССР

Поступила 20/VIII 1984 г.

[Ճ. Ս. ԹՈՓՉԻԱՆ], Ե. Ա. ՄՈՎՍԵՍՅԱՆ, Հ. Պ. ԱՐԱԲԱԶՅԱՆ

ՋԵՐՄՈՒԿԻ ԱՌՈՂՋԱՐԱՆՈՒՄ ՊՈՂԱԳՐԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՂՋ

Ջերմուկի առողջարանում բուժման պայմաններում առաջին անգամ հետազոտվել են պոդագրայով հիվանդներ: Կլինիկական և լաբորատոր քննությունները ցույց են տվել հիվանդների ինքնազգացման լավացում, արյան մեջ միզաթթվի քանակի նվազում, սրտամկանի սնուցման և կծկողական ֆունկցիայի կարգավորում: Ստացված արդյունքները հիմք են ծառայում ցուցված համարել պոդագրայով հիվանդների բուժումը Ջերմուկի առողջարանում:

[Zh. S. TOPCHIAN], Ye. A. MOVSESSIAN, H. P. ARABADJIAN

ON THE PROBLEM OF TREATMENT OF PATIENTS WITH GOUT IN DJERMOUK RESORT

In conditions of Djermouk resort the study of patients with gout was carried out. The clinical and laboratory investigations testified to the effectiveness of the treatment. The subjective and objective states of the

patients improved, the content of the uric acid in the blood decreased, normalization of the contractile function of the myocardium was observed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агаджанян И. Г. Автореф. дисс. докт. М., 1981.
2. Акрамходжаева Л. А. Мед. ж. Узбекистана, 1978, 9, с. 68.
3. Анисимов В. Е. Клин. мед., 1978, 1, с. 18.
4. Асатрян А. Б. Автореф. дисс. докт. Ереван, 1969.
5. Астапенко М. Г., Ким Джен Ги Тер. арх., 1979, 12, с. 106.
6. Галлер Г., Ганефельд М., Яросс В. Нарушение липидного обмена. М., 1979.
7. Герасименко В. Н. Мат. VII Всесоюзного съезда физиотерапевтов и курортологов: 20—24 сентября 1977 г. Л., 1977, с. 25.
8. Глоц М. Коронарная болезнь. М., 1961.
9. Гудцент Ф. Подагра и ревматизм. М.—Л., 1931.
10. Кинев К. Подагра. М., 1980.
11. Лузин А. Л. Врач. дело, 1978, 8, с. 82.
12. Маткаримов Б. М. Мед. ж. Узбекистана, 1981, 4, с. 26.
13. Мовсесян Е. А. Автореф. дисс. канд. Ереван, 1971.
14. Пихлак Э. Г. Подагра. М., 1970.
15. Рыжкин А. А. Автореф. дисс. канд. М., 1979.
16. Рондье Ж., Труффер Ж. и др. Тер. арх., 1978, 3, с. 118.
17. Симонян А. А. Автореф. дисс. канд. Ереван, 1975.
18. Топчян Ж. С. Автореф. дисс. канд. Ереван, 1961.
19. Шакулашвили Н. А., Хурушвили Ц. И. В кн.: Курортология и физиотерапия (тр. НИИ курортологии и физиотерапии МЗ СССР), 1980, 38, с. 135.
20. Юданова Л. С. Тер. арх., 1971, 9, с. 49.

УДК 616.72—002:616.36—002.14

А. Г. АСПАТЯН, Н. Р. ПОГОСЯН

УРОКАНИНАЗНАЯ И ГИСТИДАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ ГЕПАТОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ТОРФОЛЕЧЕНИИ В СОЧЕТАНИИ С ГАЛЬВАНИЧЕСКИМ И СИНУСОИДАЛЬНО- МОДУЛИРОВАННЫМИ ТОКАМИ

Определена эффективность торфолечения в сочетании с гальваническим и синусоидально-модулированными токами (СМТ) при ревматоидном артрите. При этом учитывалась динамика изменений уроканиназной и гистидазной активности гепатоцитов в русле крови. Лучший эффект наблюдался при лечении торф-электрофорезом СМТ.

Вопрос выбора радикальных методов лечения при ревматоидном артрите продолжает оставаться актуальной проблемой. Течение ревматоидного артрита с характерным поражением опорно-двигательного аппарата часто сопровождается изменениями во многих органах и системах, в частности печени [3—6]. В связи с этим особое значение придается определению специфических ферментов-гепатоцитов—уроканиназы и гистидазы, активность которых в крови при норме равна нулю.

Учитывая отсутствие данных о применении торфолечения в сочетании с аппаратной физиотерапией и функциональное состояние печени