

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. АСРАТЯН, 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

при ревматоидном артрите, мы задались целью изучить воздействие торфолечения в сочетании с гальваническим и синусоидально-модулированными токами (СМТ) до и после лечения.

Обследовано 36 больных с ревматоидным артритом суставно-висцеральной формы с преобладанием пролиферативных изменений в суставах. У всех больных наблюдалась минимальная и умеренная степень активности воспалительного процесса, I и II степень функциональной недостаточности суставов при наличии нарушений функционального состояния печени.

Больные были подразделены на 2 группы: 16 чел. получали гальваноторф, 20 чел.—торф-электрофорез СМТ.

Методика лечения гальваноторфом заключалась в обычной гальванизации на соответствующие суставы с использованием вместо гидрофильных прокладок торфяных лепешек, заключенных в марлевые мешочки. Температура торфа колебалась в пределах 38—42°C, плотность тока—до ощущения покалывания. Электроторф накладывался на наиболее пораженные суставы (12—15 процедур), а затем на область правого подреберья (6—8 процедур).

При лечении больных торф-электрофорезом СМТ ток подводился от аппарата «Амплипульс-4». СМТ подавались в выпрямленном режиме при частоте модуляций 50—75 гц, глубине 75%, род работы 3-й (ПН) и 4-й (ПЧ) по 3—5 мин каждый, длительность посылок 3 с, сила тока 5—10 ма (до ощущения покалывания и нечеткой вибрации). Вначале торф-электрофорез СМТ назначается на наиболее пораженные суставы, а в последующем и на область правого подреберья (6—8 процедур при глубине 75%, частоте 50—75 гц, род работы 3-й (ПН), продолжительность 5—8 мин).

Активность ферментов уруканиназы и гистидазы в крови определялась спектрофотометрическим методом Тавог а. Mehler [6] в модификации С. Р. Мардашева и В. А. Буробина [1].

Таблица

Динамика активности уруканиназы и гистидазы у больных ревматоидным артритом до и после лечения гальваноторфом и торф-электрофорезом СМТ

Ферменты	Здоровые лица $M \pm m$	Больные					
		до лечения $M \pm m$	P	получавшие гальваноторф	P_1	получавшие торф-электро- форез СМТ	P_2
Уруканиназа	0	$1,52 \pm 0,8$	$<0,001$	$0,94 \pm 0,06$	$<0,001$	$0,34 \pm 0,02$	$<0,001$
Гистидаза	0	$1,89 \pm 0,4$	$<0,001$	$1,42 \pm 0,03$	$<0,02$	$1,29 \pm 0,03$	$<0,05$

Результаты биохимических исследований показали, что у всех больных до лечения уруканиназная активность крови составляла $1,52 \pm 0,8$, а гистидазная— $1,89 \pm 0,4$ ед/мл/час. Обычно при поражениях печени гистидаза появляется в крови значительно чаще и с более высокой активностью, чем уруканиназа. Это обусловлено либо различием

в величине молекулярного веса ферментов, либо их разной локализацией в клетке [1, 2, 6]. После лечения отмечалось снижение активности урокиназы в крови, причем более выраженные сдвиги обнаружены у больных, получавших торф-электрофорез СМТ. Активность урокиназы после лечения составляла у них $0,34 \pm 0,02$ ед/мл/час, что на 80% ниже показателей до лечения, а у группы больных, получавших гальваноторф,—на 58%. После лечения также отмечалось снижение активности гистидазы, однако эти изменения оказались менее достоверными (таблица). Изменения активности юпесифических ферментов гепатоцитов находились в прямой корреляции с клиническими данными, выражающимися в исчезновении болезненности в области правого подреберья и уменьшении размеров увеличенной печени. Оценивая динамику субъективных и объективных показателей, мы отметили положительные сдвиги у большинства больных, получавших торф-электрофорез СМТ.

Таким образом, полученные биохимические данные свидетельствуют о том, что при ревматоидном артрите поражается печеночная паренхима, что выражается в появлении в русле крови органоспецифических ферментов урокиназы и гистидазы. Лечение больных торф-электрофорезом СМТ дает лучший терапевтический эффект, что подтверждается данными биохимических и клинических исследований.

Курс физиотерапии и курортологии ЕрМИ,
биохимическая лаборатория НИИКиФ

Поступила 11/IX 1984 г.

Ա. Դ. ՀԱՍՐԱՅԱՆ, Ն. Ռ. ՊՈԳՈՍՅԱՆ

ՍԻՆՍՈԻԴԱԼԱԶԱՅԻՆ ԵՎ ՀԻՍՏԻԴԱԶԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏՈՑԻՏԵՆՆԻ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԽԵՎՄԱՏՈՒԴ ՊՈԼԻԱՐԹՐԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ՏՈՐՖՈՐԵԶԻՆԻՍԱՆ
ԺԱՄԱՆԱԿ, ԶՈՒԳԱԿՑՎԱԾ ԳԱԼՎԱՆԱԿԱՆ ՍԻՆՈՒՍՈՒԴԱԼ
ՄՈԴՈՒԼԱՑՎԱԾ ՀՈՍԱՆՔՆԵՐՈՎ

Ստացված բիոքիմիական տվյալները ցույց են տվել, որ ռևմատոիդ պոլիարթրիտների ժամանակ նկատվում է հատկապես լյարդի պարենխիմալի ախտահարում, որը բնորոշվում է արյան մեջ օրգանոսպեցիֆիկ ֆերմենտների (ուռոկանինազա և հիստիդազա) առկայությամբ:

Բուժումից հետո արյան մեջ նկատվում է ուռոկանինազայի և հիստիդազայի ակտիվության իջեցում, ընդ որում ավելի արտահայտված փոփոխություններ նկատվում են այն խմբի հիվանդների մոտ, որոնք ստացել են սինուսոիդալին փոփոխական հաճախականության հոսանքով տորֆ-էլեկտրաֆորեզ:

A. G. HASRATIAN, N. R. POGHOSSIAN

UROKINASE AND HISTIDASE ACTIVITY OF HEPATOCYTES IN
PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN PEAT—TREATMENT
IN COMBINATION WITH GALVANIC AND SINUSOIDAL MODULATED
CURRENT (SMC)

The effectivity of the peat—treatment combined with galvanic sinusoidal modulated current (SMC) is established in treatment of patients

with rheumatoid arthritis. The urokinase and histidase activity has been taken into consideration for the evaluation of the effect. The best effect has been observed in the treatment by SMC—peat—electrophoresis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Мардашев С. Р., Буробин В. А. Вопросы мед. хим., 1962, 3, с. 320.
2. Мхитарян В. Г., Межлумян Л. В. и др. Ж. exper. и клин. мед., АН АрмССР, 1973, XIII, 1, с. 43.
3. Нестеров А. И., Насонова А. А. Вопросы ревматизма, 1979, 2, с. 3.
4. Тареев Е. М. Тер. архив, 1959, 5, с. 5.
5. Царфис П. Г., Герасименко В. Н., Фивейская А. А. Вопросы курортологии и физиотерапии, 1978, 4, с. 51.
6. Tabor H. and Mehler A. H. Meth. Enzymol., 1955, 2, 288.

Н. С. ДЯТЛОВА, Н. С. СОКОЛЬСКАЯ

К ВОПРОСУ О РЕЗЕРВУАРЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИК СССР, ДОСТИГШИХ НАИБОЛЕЕ НИЗКОГО УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Проанализированы данные по инфицированности населения и динамическому изучению туберкулиновой чувствительности в республиках Прибалтики, Закавказья, РСФСР, Украинской и Белорусской ССР. Подчеркивается значение дифференцированного подхода к вопросам профилактики туберкулеза с учетом инфицированности населения в условиях подготовки к введению ежегодной диспансеризации.

За последние 15 лет в стране значительно снизилась заболеваемость туберкулезом вследствие роста благосостояния, культурного уровня и совершенствования противотуберкулезного обслуживания населения. Наряду с этим заметно уменьшилась разница в уровне эпидемиологических показателей по отдельным республикам. Так, к 1982 г. по сравнению с 1970 г. разница между максимальным и минимальным показателями заболеваемости туберкулезом уменьшилась почти в 2 раза.

В условиях сближения основных показателей, характеризующих распространенность туберкулеза, все большее значение приобретает изучение инфицированности взрослого населения, позволяющее объективно оценить размеры резервуара туберкулезной инфекции [5, 9].

В 60—70-х годах под руководством Центрального НИИ туберкулеза МЗ СССР во всех республиках страны было организовано коллективное изучение чувствительности к туберкулину среди взрослого населения. Изучение инфицированности 264965 взрослых показало, что размеры ее в разных республиках страны колеблются от 70 до 90%. Максимум инфицированности определялся в 30—39 или 40—49 лет при более высокой инфицированности городского населения (80,3 против 77,3% на селе).