Է. Ե. Նազարեթյան, Զ. Տ. Ջնդոյան, Ն. Ե. Սաֆարյան

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ԱԽՏԱՆԻՇԱՅԻՆ ԽՈՑԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ՄՈՏԵՑՈՒՄԸ

Պարզված է, որ խոցային հիվանդության ժամանակ ակտիվանում են լիպիդների գերօքսիդային օքսիդացման պրոցեսները։ Հակաօքսիդանտներով բուժման ֆոնի վրա այդ ցուցանիշները կարգավորվում են։ Առաջարկված են խոցային հիվանդության և ախտանիշային խոցերի համակցված բուժման մեթոդներ։ Դրական արդյունք է ստացվել արյան պլազմայի սպիտակուցազերծված մզվածքի կիրառման դեպքում։

E. Ye. Nazaretian, Z. T. Djndoyan, N. Ye Safar'an

Differential Approach to the Treatment of Gastric and Duodenal and Symptomatic Ulcers

It is found out, that in case of gastric and duodenal ulcers it is observed the activation of lipid peroxide oxidation. A complex therapy is suggested for the treatment of gastric, duodenal and symptomatic ulcers. The application of deproteinized extract of human plasma proved to be very effective.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арутюнян В. М., Минасян Г. А.* Арохчапаутюн, 1987, 2, с. 6. 2. *Григорьев П. Я., Исаков В. А., Яковенко Э. П.* Клин. мед., 1988, 5, с. 25. 3. *Минасян Г. А.* Автореф. докт. дис. Л., 1988. 4. Метод рекомендации, Новосибирск, 1984. 5. *Опарин А. Г.* Автореф. докт. дис. М., 1981. 6. *Опарин А. Г., Васильев А. А.* Клин. мед., 1990, 10, с. 90.

УДК 616.13—002:615.673

Е. А. Меликян, Г. Р. Габриелян, Х. С. Саядян, С. В. Агабабов, С. Л. Еолян

СЫВОРОТОЧНЫЙ ОСТЕОКАЛЬЦИН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Поражение костного скелета при ревматоидном артрите наблюдается нередко, гистологически почти всегда представлено остеопорозом (снижение массы кости при нормальной минерализации), реже—остеомаляцией (снижение минерализации костного матрикса) [1, 4]. Диффузная потеря кости ведет к высокой частоте стрессовых переломов костей у больных ревматоидным артритом, что может вызвать стойкую инвалидность [7].

До недавнего времени для оценки метаболизма кости широко применяли косвенные показатели, в частности активность щелочной фосфатазы. В настоящее время предложен более точный маркер костного метаболизма—остеокальцин. Остеокальцин—белок с молекулярным весом 5800, составляющий основную массу неколлагеновых

белков кости. Роль его в физиологии кости окончательно не установлена, но известно, что его выделяют только остеобласты. Поэтому содержание его в крови отражает активность остеобластов и интенсивность костеобразования [3, 8]. В литературе есть единичные сообщения об изучении остеокальцина при ревматоидном артрите [2, 5, 6].

Цель настоящей работы—изучить уровень сывороточного остеокальцина у больных ревматоидным артритом под влиянием длительной терапии.

В обследуемую группу больных включены 60 пациентов, страдающих классическим и определенным ревматоидным артритом, армянской национальности, 9 мужчин и 51 женщина в возрасте от 21 года до 79 лет (средний возраст 45,9±1,48 лет) и длительностью заболевания от одного месяца до 26 лет (в среднем 6,2±0,78 лет). Первая рентгенологическая стадия заболевания наблюдалась у 9 (15%), вторая—у 30 (50%), третья—у 14 (23%), четвертая—у 7 (11,7%) больных.

Больные получали общепринятую терапию, включая базисную, Глюкокортикостероиды применяли только местно в виде внутрисуставных инъекций. Все больные были подвергнуты углубленному физикальному, лабораторному и инструментальному обследованию. Для оценки выраженности суставного синдрома использовали общепринятые тесты.

Содержание в сыворотке крови общего кальция и фосфора определяли фотометрическим методом. Содержание в крови ионизированного кальция определяли ионселективным электродом (Microlit-Cone, Финляндия), активность щелочной фосфатазы—общепринятыми методами. Содержание в сыворотке крови остеокальцина определяли радиоиммунологическим методом с помощью коммерческого набора (компания Oris Industrie, Франция).

Все исследования проводили при поступлении больных в стационар, при выписке, по достижении относительной клинической ремиссии; спустя 3—6 месяцев и спустя 9—12 месяцев от начала исследования.

Средний уровень сывороточного остеокальцина в исследуемой группе больных составил 3,74±0,26 *нг/мл* (норма 2,5—10,7 *нг/мл*). У мужчин он был несколько выше, чем у женщин: 5,19±0,68 и 4,56±0,37 *нг/мл* соответственно ($p>0,05$). Наблюдали отрицательную корреляцию между уровнем сывороточного остеокальцина, с одной стороны, и числом воспаленных суставов и временем прохождения 50 метров—с другой ($r=-0,548$, $p<0,05$; $r=-0,528$, $p<0,05$ соответственно). Среднее значение активности щелочной фосфатазы составило 192,2±13,87 *ед.* (норма до 220 *ед*).

Результаты динамического изучения остеокальцина и активности щелочной фосфатазы приведены в таблице. Как видно из таблицы, при поступлени в стационар среднее значение уровня остеокальцина находилось в пределах нормы. При выписке оно ощутимо снизилось ($p<0,05$). К третьему-шестому месяцу средний уровень остео-

кальцина в сыворотке возрос, а к девятому-двенадцатому месяцу даже превысил исходное значение. Средние значения активности щелочной фосфатазы в динамике на протяжении всего исследования колебались незначительно и не превышали верхней границы нормы.

Средние значения сывороточного остеокальцина и активности щелочной фосфатазы у больных ревматоидным артритом в динамике

Показатель	Норма	Исход	Выписка	3—6 мес	9—12 мес	P
Остеокальцин	2,5±10,7 нг/мл	4,02±0,4 n=39	2,8±0,4 n=33	3,77±0,59 n=20	4,42±0,66 n=16	p<0,05 p′>0,05 p″>0,05
Щелочная фосфатаза	до 220 ед.	173,6±9,8 n=54	183,8±30,9 n=13	217,9±46,7 n=27	219,8±24,4 n=27	p>0,05 p′>0,05 p″>0,05

Примечание. p—достоверность различия в исходе и при выписке; p′—в исходе и к 3—6 мес; p″—в исходе и к 9—12 мес.

Угнетение костеобразования при выписке, проявляющееся в снижении уровня остеокальцина в сыворотке, возможно, связано с применением во время нахождения больных в стационаре глюкокортикостероидов в виде внутрисуставных инъекций. Возрастание активности костеобразования в более отдаленные сроки, по-видимому, связано с облегчением суставного синдрома под влиянием длительного лечения.

Из вышеизложенного следует, что содержание сывороточного остеокальцина при ревматоидном артрите находится в пределах нормы. Интенсивность костеобразования при этом отрицательно коррелирует с выраженностью суставного синдрома. Длительное медикаментозное лечение ревматоидного артрита благоприятно сказывается на процессах костеобразования.

НИИ кардиологии
Республики Армения

Поступила 4/VII 1991 г.

Ե. Ա. Մելիքյան, Գ. Ռ. Գաբրիելյան, Խ. Ս. Սայադյան,
Ս. Վ. Աղաբարով, Ս. Լ. Եոլյան

ՇԻՃՈՒԿԱՅԻՆ ՕՍՏԵՈԿԱԼՑԻՆԸ ՌԵՎՄԱՏՈԻԴ ԱՐԹՐԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ռևմատոիդ արթրիտով 60 հիվանդների մոտ հետազոտվել է շիճուկային օստեոկալցինը, հիմնային ֆոսֆատազը և հանքային փոխանակության մի շարք ցուցանիշներ 1 տարվա ընթացքում։ Օստեոկալցինի միջին քանակը եղել է նորմալ՝ նրա քանակի պակասությունը զգացվում է ստացիոնարից դուրս գրվելու ժամանակ, կապված գլյուկոկորտիկոստերոիդների ներհոդային օգտագործման հետ։ Հետագայում օստեոկալցինի քանակը հավասարվել է ելքայինին։ Նկատվել է բացասական կորելյացիա օստեոկալ-