

EFFECT OF EBF-5 (A NEW PLANT GROWTH REGULATOR) ON
SEROTONIN CONTENT IN BLOOD PLASM

The chronic 6-months' study indicated that EBF-5 increase one of the major biogenous amines-serotonin in the plasm of the experimental animals. The changes revealed had a stable character.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гормоны и головной мозг (под ред. В. П. Комиссаренко). Киев, 1969.
2. *Иваницкий В. А., Плас Р., Шилина В. Ф.* В кн.: Актуальные вопросы гигиены применения пестицидов в различных климато-географических зонах. Ереван, 1976, стр. 98.
3. Новое о гормонах и механизме их действия. Киев, 1977.
4. Прошина Л. Я. *Лаб. дело*, 1981, 2, стр. 154.
5. Рекомендации по статистической обработке результатов экспериментально-токсикологических исследований. М., 1965.
6. *Шилина В. Ф.* В сб.: Гигиена применения, токсикология пестицидов и клиника отравлений, вып. 12. М., 1981, стр. 154.

УДК 616.72—018

А. А. АЙВАЗЯН, С. А. ПАШИНЯН, Л. С. ОГАНЕСЯН

ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЗАТЯЖНЫМ
СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ

Суставные проявления занимают важное место в клинике ПБ. Затяжные артриты при ПБ имеют специфические клинические, рентгенологические и иммунологические особенности, знание которых может играть определенную роль в диагностике ПБ.

Периодическая болезнь (ПБ) является определенной нозологической формой, обусловленной, по-видимому, иммуно-генетическими факторами. Она характеризуется кратковременными поверхностными диффузными серозитами (перитонит, плеврит или перикардит), сопровождающимися выраженным болевым синдромом и высокой лихорадкой. Наши исследования [1] дают основание отнести ПБ к органоспецифическим аутоиммунным заболеваниям с реакцией против антигенов серозных покровов.

Суставной синдром при ПБ является одним из часто встречающихся клинических проявлений. По данным различных авторов, частота суставных проявлений при ПБ колеблется от 30,5 до 75,0% (табл. 1). По данным нашей клиники суставной синдром при ПБ встречается в 42,8%, из них в 19,0% случаев наряду с артралгией наблюдались явные признаки моно- или полиартритов.

Суставной синдром при ПБ не имеет строго специфических проявлений (последние весьма изменчивы у одного и того же больного, не стереотипны, их продолжительность резко колеблется—от 2—3 часов

до 5—6 месяцев) и проявляется в виде артралгии, моно- или полиартритов. Чаще эти проявления не совпадают с пароксизмами ПБ и не сопровождаются высокой лихорадкой. Приблизительно в 20% случаев они предшествуют началу пароксизмов ПБ [1].

Таблица 1

Частота суставного синдрома при ПБ

Авторы	Общее число больных	Процент больных с суставным синдромом	Процент больных с затяжным поражением суставов по типу РА
Sohar E. с соавт. (1967)	470	75,0	5,0
H. Heller с соавт. (1966)	400	70,0	2,1
Виноградова О. М. (1973)	150	37,3	1,3
Brodshy A. с соавт. (1981)	105	54,0	5,0
Mahlin, Levin (1965)	72	30,5	2,7
Собственные данные (1983)	1150	42,8	1,8

Таким образом, артропатия, по нашим данным, при ПБ лишена пароксизмального характера и аналогии с приступами ПБ, поэтому она является суставным синдромом, а не вариантом ПБ.

В основе артропатии лежит доброкачественное рецидивирующее острое воспалительное поражение синовиальной оболочки суставов. Синовиты с развитием грануляционной ткани и периваскулярной клеточной пролиферацией капилляров и артериол имеют сходство с теми изменениями, которые обнаруживаются в серозных оболочках во время пароксизмов ПБ. Эти изменения обычно кратковременны и подвергаются обратному развитию [8].

Однако в редких случаях суставной синдром при ПБ принимает затяжное прогрессирующее течение и завершается выраженными деструктивными изменениями суставов с длительной инвалидизацией, клинически напоминая картину ревматоидного артрита (РА). В отечественной и зарубежной литературе приведены описания случаев затяжного течения артритов при ПБ с развитием тяжелых деструктивных изменений костей суставов по типу РА [2, 3, 6, 7].

Затяжной суставной синдром по типу РА мы наблюдали у 22 (1,9%) из 1150 больных ПБ (мужчин—17, женщин—5). Возраст больных коле-

Таблица 2

Распределение больных с затяжным суставным синдромом по типу РА по полу и возрасту при ПБ

Пол	Возраст в гг.					Всего
	15—19	20—29	30—39	40—49	50—60	
Мужской	2	5	2	6	2	17
Женский	1	1	3	—	—	5

бался от 15 до 60 лет (в среднем 30 лет, табл. 2). Осложнение амилоидозом наблюдалось у 11 больных. Абдоминальным вариантом страдало 13, смешанным—7, торакальным—2 больных.

Сроки развития РА от начала ПБ были различными: от 3 до 21 года, в среднем 15 лет. Строгой взаимосвязи между развитием затяжного артрита и продолжительностью ПБ не наблюдалось, однако осложнения чаще возникали у молодых, болеющих ПБ с раннего детского возраста с частыми пароксизмами и суставной манифестацией. У больных ПБ, осложненной РА, амилоидное поражение почек наблюдалось чаще, чем у больных ПБ без РА.

Наши исследования показали, что при затяжных артритах чаще поражаются крупные суставы (коленные, тазобедренные, голеностопные) нижних конечностей, реже—лучезапястные, грудинно-ключичные и суставы кистей. В одном случае наблюдалось поражение позвоночника по типу болезни Бехтерева. Поражение суставов обычно сопровождалось видимой деформацией сустава, возникновением атрофии регионарных мышц конечностей, отеком и другими признаками воспаления. У 8 больных наблюдалась контрактура, у 2—анкилоз суставов (табл. 3).

Таблица 3

Клинические проявления затяжного деформирующего артрита
по типу РА при ПБ

Локализация	Клинические проявления											
	п	болевого синдром		отечность		атрофия ре- гион. мышц		деформация суставов		ограничение функций		
		резко выраж.	выраж.	есть	нет	есть	нет	есть	нет	I°	II°	III°
Коленные сус- тавы	11	6	5	10	1	6	5	7	4	2	6	3
Тазобедренные суставы	5	0	5	0	5	4	1	4	1	0	2	3
Голеностопные суставы	4	3	1	3	1	0	4	1	3	3	1	0
Крестцово-под- вздошные сус- тавы и позво- ночник	2	0	2	0	2	0	2	1	1	0	0	2
Итого	22	9	13	13	9	10	12	13	9	5	9	8

Рентгенологические исследования у 22 больных выявили остеопороз—у 12, сужение суставной щели—у 9, остеосклероз—у 8, образование остеофитов—у 3, некроз и остеолиты костей суставов—у 3.

Приводим выписки из историй болезни.

Больной А. В., 41 год. Страдает смешанной формой ПБ с десятилетнего возраста. На 14-ом году болезни начались боли в суставах (сначала в правом тазобедренном, потом в левом, затем в коленном), которые сопровождались отеками и ограничением подвижности. При объективном исследовании установлено заметное истощение, деформация тазобедренных суставов, больше справа, ограничение движения в них, кон-

трактура, атрофия регионарных мышц конечностей. При рентгенологическом исследовании тазобедренных суставов обнаружено сужение суставной щели справа с явлениями субхондрального склероза наружной трети вертлужной впадины. Головка бедренной кости сплющена, имеется большой участок деструкции в области верхушки размером 1,2—2 см. Шейка бедренной кости укорочена. В течение 18 лет больной находится под наблюдением в нашей клинике. Периодически получал стационарное и амбулаторное лечение. Однако патологические изменения в тазобедренных суставах продолжают медленно прогрессировать. Отмечены и длительные ремиссии.

Больной З. Г., 16 лет. Болеет ПБ с пятилетнего возраста. На 6-ом году заболевания присоединились кратковременные суставные боли в голеностопных суставах (от 1—2 недель до 1 месяца), которые повторялись несколько раз в год и полностью проходили. На 8-ом году заболевания начались длительные боли в коленных суставах с развитием отеков и деформацией суставов, больше справа. Двухмесячное лечение в амбулаторных условиях оказалось безрезультатным. При поступлении в больницу установлена значительная деформация и отечность правого коленного сустава, регионарные мышцы конечности атрофированы, движения резко ограничены (больной не мог стоять и ходить самостоятельно). Рентгенологическое исследование правого коленного сустава показало умеренное сужение суставной щели, склероз суставной поверхности большеберцовой кости с внутренней стороны, ревматоидный фактор положительный 1:80.

Важно отметить, что при осложнении ПБ ревматоидным артритом иммунологические и гематологические сдвиги более выражены, чем в неосложненных случаях ПБ (табл. 4).

Таблица 4

Иммунологические и биохимические показатели больных ПБ с затяжным суставным синдромом по типу РА и без артропатии

Группа исследуемых	Число больных	Ig, мг%			РФ по латекс-тесту	СРБ	Фибриноген, мг%	Сывороточная кислота
		G	M	A				
Больные ПБ без артропатии	25	2235	171	140	В 1 случае в титре 1:20	++	440	272
Больные ПБ с затяжным суставным синдромом	22	2470	165	173	В 3 случаях в титрах 1:80 1:40 1:20	+++	812	365

Ревматоидный фактор (РФ) при ПБ без артропатии обычно бывает отрицательным. Из 25 исследуемых больных мы имели один положительный результат в минимальном титре (1:20). У 22 больных с затяжным артритом нами выявлено 3 положительных случая в титрах: 1:80, 1:40, 1:20. Реакция ставилась по методу латекс-агглютинации.

Наши исследования подтверждают, что затяжные артриты с деструкцией костей суставов при ПБ отличаются от РА отсутствием утренней скованности, вовлечением в процесс преимущественно крупных суставов нижних конечностей, редким разрушением костей, частым отсутствием высоких титров РФ, благоприятным исходом с полным восстановлением функции суставов. При этом осложнения амилоидозом составляют 50%.

Из вышесказанного следует, что углубление иммунологических нарушений при ПБ в ряде случаев может привести к развитию тяжелой артропатии по типу РА. Это подтверждается наличием сходства в патогенезе РА и ПБ, а также аутоиммунным генезом ПБ.

Кафедра госпитальной терапии
Ереванского медицинского института

Поступила 10/VI 1984 г.

Ա. Ա. ԱՅՎԱԶՅԱՆ, Ս. Հ. ՓԱՇԻՆՅԱՆ, Լ. Ս. ՀՈՎԱՆԵՍՅԱՆ

ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԲԱՐԴԱՑՈՒՄԸ ԶԳԶՎՈՂ ՀՈԴԱՅԻՆ ՍԻՆԴՐՈՄՈՎ

Պարբերական հիվանդության ժամանակ հաճախ է հանդիպում հոդային սինդրոմը, որը կազմում է 42,8%: Արթրալգիայի հետ մեկտեղ նկատվում են մոնո- և պոլիարթրիտի արտահայտված նշաններ:

Համեմատաբար ավելի հազվադեպ մենթ դիտել ենք ձգձգվող հոդային սինդրոմը, որը կլինիկորեն նման է ուռնախոցի արթրիտի: Այդ սինդրոմն ունի հետևյալ տարբերակիչ նշաններ՝ ստորին վերջույթների, առավելապես խոշոր հոդերի ախտահարում, առավել ուշ կարկամածության բացակայություն, ոսկրերի հազվադեպ քայքայում, բարենպաստ էլք հոդի ֆունկցիայի լրիվ վերականգնումով, ուռնախոցի ֆակտորի (ՌՖ) բարձր տիտրի բացակայություն:

A. A. AYVAZIAN, S. A. PASHINIAN, L. S. HOVANESSIAN

THE COMPLICATION OF PERIODIC DISEASE BY PROTRACTED ARTICULAR SYNDROME

The articular manifestations have a significant role in the clinical picture of periodic disease (PD). The study of the protracted arthritis allows to conclude that in case of PD there exist specific clinical, roentgenologic and immunologic peculiarities. The accurate study of this syndrome is of great help for the diagnosis of this disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
2. Виноградова О. М. Периодическая болезнь. М., 1973.
3. Brodsky A. et al. Ann. Med. Intern. 1931, 7, 475.
4. Heller H. et al. Arch. Intern. Med., 1961, 107, 539.
5. Heller H. Arthritis and Rheum., 1966, 9, 1.
6. Heruess D, Mahin M. J. Bone joint surg., 1975, 57, 265.
7. Sohar E. et al. Amer. J. Med., 1957, 43, 227.
8. Stein H. et al, Virchows archiv (Pathol. anat.), 1975, 367, 263.