

1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
2. Арутюнян В. М., Григорян Г. А. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1985, 1, с. 71.
3. Мамиконян Р. С., Арутюнян В. М., Еганян Г. А. Тер. архив, 1984, 10, с. 44.
4. Мансурова И. Д., Калеткина Л. Г. Лаб. дело, 1969, 4, с. 219.
5. Назаретян Э. Е. В кн.: Тез. VI Закавказской конференции патофизиологов. Ереван, 1985, с. 129.
6. Назаретян Э. Е., Абраамян М. К., Гюликехьян Н. Г. В кн.: Тез. IV Всесоюзного симпозиума по клин. энзимологии. Алма-Ата, 1983, с. 187.
7. Назаретян Э. Е., Гулян Э. А. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1983, 1, с. 69.
8. Товарицкий В. Н., Валуцкая Е. Н. В кн.: Современные методы в биохимии, т. 1. М., 1964, с. 303.
9. Ifeld D. N., Weil S., Kuperman O. Clin. Exp. Immunol., 1981, 43, 357.
10. Sohar E., Pras M., Gafni J. Clin. rheum. Dis., 1975, 1, 195.

УДК 616.72—002—071

С. В. АГАБАБОВ, Ц. С. ПЕТРОСЯН, Т. С. ХАЧАТРЯН,
Г. Р. ГАБРИЕЛЯН

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА

Дана клиническая характеристика больных с реактивным иерсиниозным артритом. Выявлена большая распространенность этого заболевания среди серонегативных артритов. Отмечена эффективность своевременной терапии.

Одной из центральных проблем ревматологии является связь между инфекцией и ревматическими болезнями. Инфекция может привести к воспалению суставов несколькими путями, поэтому принято выделять следующие классы артритов, обусловленных инфекциями: 1) собственно инфекционные (септические) артриты, причиной которых является инвазия сустава возбудителем; 2) постинфекционные артриты, при которых в полости сустава обнаруживаются инфекционные антигены, но не живые активные возбудители; 3) реактивные артриты, которые возникают во время или после определенной инфекции, причем ни возбудитель, ни его антигены в полости сустава не обнаруживаются. Обычно термин реактивный артрит применяют в более узком смысле, обозначая им негнойные воспалительные заболевания суставов при кишечных и урогенитальных инфекциях, развивающиеся преимущественно у обладателей антигена гистосовместимости HLA-B27 [1]. Особым вариантом реактивного артрита является болезнь Рейтера, ее энтероколитическая и урогенитальная формы. Термин реактивный артрит был впервые предложен в 1969 г. финскими авторами ввиду необходимости классифицировать артрит, развивающийся в связи с иерсиниозной инфекцией [2]. Таким образом, иерсиниозный артрит послужил прототипом реактивных артритов вообще.

К развитию иерсиниозного артрита может привести инфекция несколькими серотипами двух разновидностей иерсиний—*Yersinia enterocolitica* и *Y. pseudotuberculosis*. Поскольку реактивный артрит является результатом сложного взаимодействия между возбудителем и организмом хозяина, особенности того и другого влияют на клиническую кар-

тину заболевания, которая в различных регионах может быть в некоторой степени разной [3].

Цель настоящей работы—установить, какое место занимает иерсиниозный артрит среди серонегативных артритов в условиях Армянской ССР, и дать его клиническую характеристику.

За 1,5 года энтерогенный реактивный артрит на основании клинических и анамнестических данных был заподозрен у 60 больных (32 мужчины и 28 женщин в возрасте 11—54 лет) с серонегативным по ревматоидному фактору артритом, направленных в Республиканский ревматологический центр. Для уточнения диагноза у этих больных, помимо углубленного клинико-лабораторного обследования, проводили микробиологические исследования.

Исследовали кал, кровь, мочу, мазок из зева, у части больных синовиальную жидкость. После суточного холодого обогащения материал размораживали и производили его посев на среды Эндо, висмут-сульфит агар. Посев оставляли в термостате при 25—26°C. Через сутки отбирали мелкие прозрачные колонии (на среде Эндо) и колонии цвета среды (на висмут-сульфит агаре), пересеивали их на чашки с агаром Хоттингера. Материал инкубировали при 25—26°C строго в течение суток, затем выросшие гладкие, с голубоватым оттенком колонии сеяли на ряд сахаров. После 24—28-часового инкубирования учитывали результат. Для серологического подтверждения применяли реакцию агглютинации по типу Видала с определением 5 серотипов *Y. enterocolitica*—03, 06, 05B, 08 и 09, а также 2 серотипов *Y. pseudotuberculosis*—I и III.

Диагноз иерсиниозного артрита был установлен у 10 из 60 больных. *Y. enterocolitica* серотипа 03 была изолирована у 6, серотипа 09—у 1 больного. При этом *Y. enterocolitica* была изолирована из крови у 3, из крови и кала—у 3 и только из кала—у 1 больного. Еще у 3 больных при отрицательных результатах посевов были выявлены нарастающие титры к *Y. enterocolitica* серотипов 03, 08 и 09 (по одному разу).

У 3 больных имел место поли-, а у 6—олигоартрит, начинавшийся остро чаще, чем постепенно. У 1 больного наблюдалось поражение позвоночника (односторонний сакроилеит, боли и ограничение движений во всех отделах) без вовлечения периферических суставов. У 3 больных развитие артрита было мигрирующим, у 6—аддитивным. Чаще вовлекались голеностопные (у 7) и коленные (у 3), реже—другие суставы, причем суставы нижних конечностей значительно чаще, чем верхних. В половине случаев артрит был симметричный, у 7 больных имелись клинические или рентгенологические признаки сакроилеита, в 4 случаях одностороннего. На рентгенограммах периферических суставов эрозивные изменения наблюдались только у 1 больного, 6 больных отмечали утреннюю скованность как правило, слабо выраженную. У такого же числа больных имели место энтезопатии, в большинстве случаев в виде пяточных болей и реже по ходу подвздошного гребня. Миалгии и амиотрофии, преобладавшие в области пораженных суставов, наблюдались у 4 больных.

Практически у всех больных имели место те или иные внесуставные проявления, предположительно связанные с иерсиниозом. В частности, мы наблюдали узловатую эритему и папулезные высыпания на коже (у 2), кератодермию (у 2), стоматит (у 2), флебит (у 2), уретрит (у 3), хронический колит (у 4), эписклерит, иридоциклит, холецистит, острый аппендицит, гепатомегалию (по одному разу). Интересно, что кардит нам не встретился ни разу.

У 7 больных были увеличены показатели воспаления, а именно СОЭ, С-реактивный белок, сиаловые кислоты и (или) фибриноген.

Особый интерес представляет течение иерсиниозного артрита. У большинства наших больных давность болезни (суставного синдрома) составляла несколько лет. В эволюции болезни отмечались довольно длительные, спонтанно наступающие светлые эпизоды (отсутствие симптомов) и неоднократные обострения вплоть до последнего, потребовавшего настоящей госпитализации. Почти все больные отмечали, что этому обострению предшествовал короткий эпизод диареи, а у 4 больных, как уже отмечалось, имел место хронический энтероколит. В результате эволюции болезни у 3 из 10 больных развилась болезнь Рейтера, потребовавшая более интенсивной терапии.

У всех больных, кроме одной, отмечена высокая эффективность лечения нестероидными противовоспалительными препаратами, особенно индометацином по 100—150 мг/день, в сочетании с внутрисуставным введением кортикостероидных препаратов. Половина больных получали антибиотики: тетрациклин, мономицин или канамицин в субмаксимальных дозах в течение 10—20 дней. В результате лечения быстрое улучшение наступило у 6 больных, у 3 улучшение наступило позднее, через 2—3 месяца после начала лечения. У 1 больной длительное время изменений не отмечалось. К настоящему времени при сроке диспансерного наблюдения от 6 до 18 месяцев у 8 больных симптомов нет.

Таким образом, нами представлено первое описание иерсиниозного артрита в Армении. Клиническая картина в наблюдавшихся нами случаях в целом соответствовала таковой, описанной в литературе при иерсиниозном и других реактивных артритах [1, 3]. Обычно это начавшийся после легкой диареи несимметричный поли- или олигоартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей, односторонним сакроилеитом, незначительной утренней скованностью и разнообразными внесуставными проявлениями, иногда складывающимися в картину болезни Рейтера. Диагноз требует бактериологического подтверждения.

Лечение обычно очень эффективно. Так, мы наблюдали мальчика 11 лет, у которого диагноз иерсиниозного артрита был впервые установлен в НИИ педиатрии АМН СССР за год до поступления к нам. В течение этого года лечения не получал из-за отказа родителей. После 10-дневного курса мономицина и более длительного приема индометацина мальчик в настоящее время практически здоров. У других больных адекватное лечение отсутствовало из-за того, что не был установлен правильный диагноз.

Возможность иерсиниозного артрита следует иметь в виду у всех больных серонегативными артритами, помня, что такие больные поступают в ревматологические, а не инфекционные стационары.

НИИ кардиологии им. Л. А. Оганесяна МЗ Арм ССР,
НИИ эпидемиологии, вирусологии и медицинской
паразитологии им. А. Б. Алексаняна МЗ Арм ССР

Поступила 13/III 1986 г.

Ս. Վ. ԱՂԱԲԱՅՈՎ, Մ. Ս. ՊԵՏՏՈՍՅԱՆ, Տ. Մ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ, Գ. Ռ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ

ԻԲՐՍԻՆԻՈԶ ԱՐԹՐԻՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Հոդվածում արված է ռեակտիվ իբրսինիոզ արթրիտով հիվանդների կլինիկական բնութագիրը, որոնք երկու տարվա ընթացքում դիտարկվել են հանրապետական ռևմատոլոգիական կենտրոնում: Հեղինակները հանգել են այն եզրակացության, որ իբրսինիոզ արթրիտը զգալի տարածում ունի հայկական պոպուլյացիայում և սերոնեգատիվ արթրիտների մեջ կազմում է էական բաժին:

S. V. AGHABABOV, Ts. PETSOSSIAN, T. M. KHACHATRIAN, G. R. GABRIELIAN
THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF YERSINIOUS ARTHRITIS

The clinical characteristics of the patients with reactive yersinious arthritis is given. The significant number of persons with this pathology has been found out among the patients with seronegative arthritis. The effectiveness of the timely therapy has been established.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агабабова Э. Р. Ревматология, 1985, 1, с. 3.
2. Ahvonen P., Stevers K., Aho K. Acta Rheumatol. Scand., 1969, vol. 15, 232.
3. Tolvanen A., Granfors K., Lahtesmaa-Rantala R. et al. Immunol. Rev., 1985, 86, 47.

УДК 616.211—007—089.844

Р. Г. ЗАХАРЯН, Р. Т. КОСТЯНЯН

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РИНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Приводятся результаты восстановительных операций носа, произведенных с целью устранения косметических изъянов и восстановления его функций.

Возрастающая обращаемость больных с деформациями наружного носа и перегородки к оториноларингологам, стоматологам, хирургам и косметологам в поисках наиболее квалифицированного лечения указывает на необходимость выработки единого подхода в вопросах госпитализации и лечения этих больных. Задачей восстановительных операций являются устранение косметических изъянов (контурная пластика) и восстановление функций (функциональная пластика) носа, так называемые ринопластические операции [2]. В настоящей работе рас-