

Л. С. ОГАНЕСЯН

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО
СИНДРОМА ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Изучение факторов гуморального иммунитета—ревматоидного и антинуклеарного—и отдельных классов сывороточных иммуноглобулинов позволило заключить, что суставной синдром при периодической болезни развивается на фоне выраженной иммунной перестройки.

До настоящего времени этиология и патогенез ПБ окончательно не выяснены. Имеются убедительные данные, свидетельствующие о наличии аутоиммунных реакций в генезе этого заболевания [2, 7, 8, 13]. Клиническая картина ПБ также свидетельствует об аутоиммунной природе этого заболевания. Важнейшим фактором, говорящим в пользу иммунных механизмов, лежащих в патогенезе ПБ, можно считать развитие системного амилоидоза, в генезе которого основную роль играет депрессия Т-лимфоцитов [2, 4, 6].

Клинические проявления суставного синдрома, изучение показателей активности воспалительного процесса (СОЭ, СРБ, фибриноген, сиаловая кислота, белковый состав сыворотки) дают основание считать, что в основе артропатии лежит воспалительный процесс. Мы полагаем, что воспалительный процесс в суставах, как и заболевание в целом, вызван иммунологическими нарушениями. В этой связи нами впервые проведено исследование факторов гуморального иммунитета—ревматоидного (РФ) и антинуклеарного (АНФ), отдельных классов сывороточных иммуноглобулинов. Изучение РФ и АНФ приобретает принципиальное значение в плане выявления участия аутоиммунных механизмов в патогенезе артритов при ПБ.

РФ, являющийся иммунологическим маркером ревматоидного артрита (РА), определялся нами двумя методами: латекс-тестом и реакцией Ваалер-Розе. Обе реакции ставились параллельно. Диагностическим считали титр 1:80 и выше. РФ определялся у 127 больных ПБ, условно разделенных на 4 группы: I—37 больных без суставного синдрома, II—32 больных с острым рецидивирующим артритом, III—26 больных с затяжным деструктивным артритом, IV—15 больных с РА.

Таблица 1
Результаты определения РФ в исследуемых группах

Группы больных	Больные ПБ без артропатии	Больные ПБ с острым артритом	Больные ПБ с затяжным артритом	Больные с РА	Контроль
РФ, усл. ед.	$0,02 \pm 0,01$	$0,1 \pm 0,005$	$0,3 \pm 0,1$	$4,0 \pm 1,02$	$0,06 \pm 0,04$
P_1	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$<0,01$	
P_2			$<0,05$	$<0,01$	

Примечание. P_1 — достоверность различий с контрольной группой, P_2 — с показателями группы больных ПБ с острым артритом.

В качестве контроля служила сыворотка доноров (30). Для определения степени достоверности полученных результатов и возможности сравнительной оценки мы оперировали условными единицами. За 1 условную единицу принят титр РФ 1 : 40 в латекс-тесте. Результаты определения РФ в исследуемых группах представлены в табл. 1.

Данные табл. 1 свидетельствуют, что обнаружение РФ в I и II группах статистически недостоверно по сравнению с контрольной группой (P_1). У больных ПБ с затяжным деструктивным артритом (III гр.) РФ выявляется на грани достоверности. В группе больных с РА (IV гр.) выявление РФ статистически достоверно ($P_1 < 0,01$) и частота его обнаружения согласуется с литературными данными [3]. Таким образом, полученные данные позволяют считать артриты при ПБ серонегативными. РФ может быть обнаружен в диапазоне нормы (7,6%) в невысоких титрах лишь при затяжном деструктивном артрите. В остальных группах выявление РФ в диагностических титрах статистически недостоверно, что свидетельствует об отсутствии специфического аутоиммунного компонента, вызывающего возникновение растворимого комплекса антиген-антитело.

Нами были проведены также исследования по определению АНФ в стандартном тесте непрямой иммунофлюоресценции (сендвич-метод). Исследуемые сыворотки наносили на ткань замороженной крысиной печени толщиной 4—5 микрон, отмывали препарат, после чего окрашивали антиглобулиновой сывороткой, меченой флюоресцентизотиоцитом. АНФ определяли как в цельной, так и разведенной сыворотке. Результат оценивали выявлением определенного типа свечения. АНФ изучали в 3 группах: I — 7 больных с коллагенозами и РА, II — 45 больных ПБ (15 — без артропатии, 17 — с острым рецидивирующим артритом, 13 — с затяжным деструктивным артритом), III — 10 доноров. Из 45 больных ПБ лишь у одного пациента был обнаружен положительный АНФ с нуклеолярным типом свечения в титре 1:32. В данном случае у больного было диагностировано: периодическая болезнь, амилоидоз почек II стадии, затяжной деструктивный артрит правого коленного сустава. В I группе положительный АНФ нами зафиксирован в 3 случаях: у 2 больных — с системной красной волчанкой и у одного — с ревматоидным артритом (тип свечения нуклеолярный, титры 1:16, 1:64). В контрольной группе положительный АНФ не обнаружен. Таким образом, можно заключить, что при ПБ не отмечено достоверного изменения АНФ, по сравнению со здоровыми, и его наличие нехарактерно для ПБ.

Как было отмечено выше, в патогенезе ПБ важную роль играет подавление клеточного иммунитета, приводящего к дисфункции гуморального иммунитета с активацией выделения антител. В этой связи изучение отдельных классов иммуноглобулинов приобретает важное значение. Уровень отдельных классов сывороточных иммуноглобулинов определяли методом радиальной иммунодиффузии. Нами выделены 4 группы для выявления количественной характеристики иммуноглобулинов в каждой группе и возможности их сравнения (табл. 2).

Анализ данных, приведенных в табл. 2, показывает, что при ПБ наблюдается статистически достоверное повышение содержания имму-

ноглобулина G и депрессия иммуноглобулина A, по сравнению с контрольной группой (1). У больных с суставной патологией отмечается достоверное повышение уровня IgG, по сравнению с группой без суставного синдрома. Повышение уровня IgM недостоверно у больных ПБ без артропатии и с острым рецидивирующим артритом (I и II группы), по сравнению с контролем, и достоверно в III и IV группах. Обобщая наши исследования, можно заключить, что при ПБ наблюдается статистически достоверная дисиммуноглобулинемия. При наличии суставного синдрома в виде затяжного деструктивного артрита имеет место достоверное углубление этих нарушений и приближение к показателям, наблюдаемым при РА и коллагенозах.

Таблица 2

Показатели отдельных классов Ig в исследуемых группах

Группы больных	Число больных и достовер.	Иммуноглобулины		
		G	M	A
I. Больные ПБ без артропатии	52	18.5 ± 0.5	1.5 ± 0.03	1.7 ± 0.07
	P ₁	<0.01	>0.05	<0.001
II. Больные ПБ с острым артритом	42	21.2 ± 1.0	1.5 ± 0.04	1.3 ± 0.08
	P ₁	<0.01	>0.05	<0.01
	P ₂	<0.05	>0.0	>0.05
III. Больные ПБ с затяжным деструктивным артритом	27	21.4 ± 0.6	1.6 ± 0.04	1.8 ± 0.12
	P ₁	<0.001	<0.01	<0.01
	P ₂	<0.01	<0.0	<0.01
IV. Больные РА и коллагенозами	25	23.1 ± 0.8	1.7 ± 0.05	1.4 ± 0.09
	P ₁	<0.001	<0.001	<0.01
	P ₂	<0.001	<0.01	<0.01
V. Здоровые	30	12.7 ± 0.8	1.4 ± 0.06	1.5 ± 0.05

Примечание. P₁ — достоверность различий с контрольной, P₂ — с I группой.

Таким образом, проведенные исследования позволяют полагать, что в патогенезе артритов при ПБ важное место отводится иммунологическим нарушениям, в частности, это относится к факторам гуморального иммунитета. Полученные нами результаты согласуются с данными литературы [8, 10, 12]. Развитие суставного синдрома, особенно затяжного деструктивного артрита, происходит на фоне иммунной перестройки — выраженной дисиммуноглобулинемии и выявления РФ и АНФ в сыворотке крови. Дисиммуноглобулинемии можно объяснить утратой иммунологической толерантности В-клетками, так как имеются данные, позволяющие предположить участие В-клеток в контроле за синтезом иммуноглобулинов [3, 11]. Этим также объясняется появление РФ, представляющего собой антиглобулиновое антитело в невысоких титрах на границе достоверности при затяжных деструктивных артритах.

Мы полагаем, что углубление иммунных нарушений при суставном синдроме ПБ является причиной активации воспалительного процесса. Данная гипотеза находит подтверждение в клинике суставного синдрома.

Кафедра внутренних болезней № 1
Ереванского медицинского института

Поступила 26/VI 1988 г.

ԻՄՈՒՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՀՈԴԱՅԻՆ ՍԻՆԴՐՈՄԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ներկայացված է հումորալ իմունիտետի ֆակտորներ՝ ռևմատոիդ ֆակտորի, հականուկլեար ֆակտորի և շիճուկային իմունոգլոբուլինների ուսումնասիրությունը պարբերական հիվանդության հոդային սինդրոմի ժամանակ: Կատարված քննությունները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ հոդային սինդրոմի զարգացման հիմքում ընկած են զգալի իմունոլոգիական տեղաշարժեր, որոնք ավելի արտահայտված են ձգձգվող դեստրուկտիվ արթրիտների ժամանակ:

L. S. HOVANESSIAN

THE IMMUNOLOGIC CHARACTERISTICS OF THE ARTICULAR
SYNDROME AT PERIODIC DISEASE

The results obtained show that arthritis in case of periodic disease is seronegative in relation to rheumatoid factor and has no antinuclear antibodies, irrespective of the expressed disimmunoglobulinemia. Thus arthritis in case of periodic disease has a benign and reversible course at the acute, as well as at the lingering forms of the disease.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян М. К. Ж. эксперим. и клин. мед. АН АрмССР, 1980, 2, с. 312.
2. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982.
3. Буланова Т. Д., Сперанский А. И. и др. Тер. архив, 1978, 9, с. 94.
4. Мухин Н. А., Виноградова О. М., Серов В. В. и др. Тер. архив, 1974, 10, с. 33.
5. Allison A. Progress in Immunology, 1977, 11, 512.
6. Cohen M., Catcart E., Shinner M. Arch. and Rheum., 1978, 21 (1), 153.
7. Dolberg L., Gartl K. Dapin Refium, 1966, 25, 408.
8. Ellahim M., Levi M., Ehrenfeld M. Biomed. Press, 1981, 23, 3.
9. Nugent F., Weber C. Gastroenterol., 1962, 42, 500.
10. Reeves W. Lancet, 1984, 30 (1), 1463.
11. Strober W., Kracauer R. J. Immunology, 1977, 118, 1385.
12. Schwabe A. Engl. J. Med., 1984, 2, 325.
13. Tygan N. Ann. Int. Med., 1958, 49, 885.

УДК 616—018:616.62—06

Г. Г. АГАДЖАНИЯН

ПРОДУКТЫ РАСПАДА ФИБРИНОГЕНА И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МОЧИ У БОЛЬНЫХ
ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Изучены изменения в содержании продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и фибринолитическая активность (ФА) мочи у больных периодической болезнью. Выявлено повышение уровня ПДФ во время приступа и относительное увеличение ФА мочи по сравнению с внеприступным периодом. Высказывается предположение, что указанные изменения являются отражением патогенетических механизмов развития приступа и, возможно, амилоидоза.

Проблема ПБ, являясь в настоящее время одной из актуальных в медицине, особенно для Армении, включает много нерешенных вопро-