

сахара, кальция и увеличение содержания ацетилхолина и холинэстеразы без существенной асимметрии. На рентгенограммах, в отличие от 1-й гр., лишь у 11 больных были передние разрастания углов тел позвонков: типа 1а — у 7, 1б — у 2, 2а — у 1, 2б — у 1. У 9 чел. из 11 они локализовались в сегменте LII—III.

3-я гр. включала 8 мужчин и 5 женщин в возрасте от 22 до 68 лет с длительностью заболевания от 2 до 21 года. У 11 из них были рефлекторные синдромы поясничного остеохондроза. Судороги появились в среднем через 3 года после начала заболевания. В начале заболевания они возникали по ночам, а затем и днем. Крампи длятся обычно от 20 сек. до 3 мин., чаще бывают двусторонними, но с преобладанием на одной из сторон, и только у 2 больных они были односторонними. У 8 больных в анамнезе были заболевания желудочно-кишечного тракта и у 6 — центральной нервной системы. На ноге с более выраженными крампи наблюдалась кожная гипотермия, уменьшение времени рассасывания инфильтрата при пробе Мак-Клора — Олдрича, выраженная эритема от ультрафиолетового облучения, увеличение времени возникновения местного и рефлекторного дермографизма, уменьшение содержания в крови сахара, кальция и увеличение ацетилхолина и холинэстеразы. На рентгенограммах у 10 больных выявлены передние разрастания углов тел позвонков (у 7 — в сегменте LII—III), в том числе у 4 — 1а ст., у 4 — 1б ст., у 2 — 2б ст.

Таким образом, 3-я гр. занимает как бы промежуточное положение между 1 и 2-й. Сравнительно скорое (после начала заболевания) наступление судорог в 1-й гр. указывает на раннее проявление патогенетических предпосылок их, в первую очередь, видимо, гуморальных. Отсюда, по всей вероятности, и возникновение их ночью. Однако частая асимметричность указывает и на роль местных вегетативных нарушений у тех больных поясничным остеохондрозом, у которых появляются судорожные стягивания мышц. Некоторое значение имеет, видимо, раздражение симпатических образований передними костными разрастаниями тел позвонков (Н. А. Власов, 1968). Для возникновения ночных судорог большое значение имеет преморбидное состояние больного. Относительно быстро ночные судороги начинаются при наличии у больных остеохондрозом заболеваний центральной нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

Если дневные судороги возникают самостоятельно, то они появляются спустя продолжительное время после начала заболевания, когда развиваются выраженные изменения в поясничном отделе позвоночника (передние разрастания углов тел позвонков) и когда их сопровождает вегетативная асимметрия. Дальнейшие исследования этого трудного вопроса будут способствовать подбору дифференцированных и адекватных методов лечебного воздействия на судорожные проявления вертеброгенного радикулита.

УДК 616—053.32

ПРОПЕРДИНОВАЯ СИСТЕМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Р. М. Мамиш, Р. Г. Камалова

Кафедра педиатрии № 1 (зав. — доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Неспецифическая иммунологическая реактивность ребенка имеет большое значение на ранних этапах развития. Этот механизм реактивности формирует начальную защиту организма против патогенных возбудителей, осуществляя борьбу с ними до появления специфического, приобретенного иммунитета. Весьма важно состояние неспецифической резистентности для детей первых месяцев жизни, особенно недоношенных, поскольку специфическая иммунологическая реактивность у них снижена. Ввиду этого мы задались целью исследовать пропердиную систему у недоношенных детей.

Было исследовано содержание пропердина в сыворотке крови у 40 недоношенных и 15 доношенных новорожденных.

Первичное исследование пропердина проводили в первые сутки жизни у 4 недоношенных, в возрасте 2 недель — у 12, 3 недель — у 13, 1—1,5 месяцев — у 11, повторные — на протяжении от 2 недель до 2 месяцев.

Вес при рождении был в пределах 950—2450 г (4 ребенка весили по 950 г, 16 детей — от 1050 до 1500 г, 15 — от 1600 до 2000 г и 5 — от 2100 до 2450 г).

У 6 из 40 матерей в анамнезе были указания на патологические роды, 8 детей были из двойни. У 7 женщин течение беременности осложнилось токсикозом 1-й половины беременности, у 3 — поздним токсикозом, у 2 — гипертонической болезнью, у 9 — нефропатией и у 1 — анемией.

При первичном исследовании все дети были здоровыми, антибиотиков, гормональных препаратов не получали.

Для количественного определения пропердина нами использован инулиновый метод Налль, Гейс, А. М. Яковлева, Г. Г. Комлевой и С. Д. Яковлевой.

Среднее содержание пропердина в сыворотке крови у недоношенных детей составляло $2,6 \pm 1,4$ ед., т. е. было значительно ниже ($P < 0,001$), чем у доношенных (титр

пропердина у доношенных новорожденных детей по нашим данным — $3,6 \pm 0,7$ ед., по данным И. С. Цибульской и З. М. Михайловой — $3,3$ ед.). Результаты наших исследований пропердина в крови у недоношенных детей согласуются с приводимыми в литературе [6].

У недоношенных, родившихся с весом 950 г, содержание пропердина оказалось низким ($1,5 \pm 1,2$ ед.) и в динамике нарастало слабо. В отношении других весовых групп статистически достоверной зависимости между весовой кривой и активностью пропердиновой системы не установлено. Довольно быстрое нарастание титра пропердина нами было отмечено в зависимости от возраста ребенка. Так, у детей, обследованных в первые сутки, содержание пропердина в крови составляло $1,4 \pm 0,6$ ед., в возрасте 2 недель — $2,0 \pm 1,2$ ед., 3 недель — $3,5 \pm 1,6$ ед., в возрасте 1—1,5 месяцев — $3,2 \pm 1,6$ ед. Недоношенные дети, по-видимому так же как и доношенные новорожденные, имеют врожденную способность вырабатывать пропердин, но в первые дни жизни это свойство у них слабее выражено. По всей вероятности, это можно объяснить функциональной неполноценностью ряда органов и систем у недоношенных детей. В последующие дни в связи с контактом с определенными раздражителями внешней среды, прежде всего с антигенными стимулами, они начинают более активно вырабатывать пропердин. Однако уровень пропердина у недоношенных не достигает уровня, характерного для детей того же возраста, рожденных в срок. По-видимому, этот механизм неспецифической резистентности недоношенных детей нуждается в стимуляции.

Систему пропердина стимулируют витамины А и В₁₂, гаммаглобулин [1—3, 6], переливание плазмы, крови [3]. З. М. Михайлова указывает, что особое внимание должно быть уделено использованию фактора закаливания, рациональному питанию и режиму. В. И. Говалло рекомендует в целях стимуляции неспецифической резистентности использовать пропердин, как терапевтическое средство.

Недоношенные дети, обследованные нами, находились в специализированном стационаре с максимально благоприятным температурным режимом, получали рациональное питание (19 детей были на грудном вскармливании, остальных кормили донорским молоком), витамины С, В₁, В₂, РР, В₉, В₁₂. Проводилась также аэро- и оксигенотерапия, ранняя профилактика рахита, в части случаев — переливание крови, плазмы.

В динамике наблюдения содержание пропердина у 36 детей повысилось, у 2 осталось на прежнем уровне и у 2 значительно снизилось. У последних 2 детей в дальнейшем развилась пневмония и отит. В периоде разрешения пневмонии уровень пропердина у них снова достиг исходных цифр.

К концу срока наблюдения содержание пропердина в крови достигло в среднем $3,7 \pm 1,8$ ед., т. е. значительно повысилось по сравнению с исходным ($P < 0,01$).

Таким образом, у недоношенных детей определялся низкий уровень пропердина в крови, особенно в первые дни жизни. В дальнейшем отмечено повышение содержания пропердина в крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Г. Р., Набиев Э. Г. Тр. Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, 1968, том XXVIII. — 2. Ибоян С. Р. Педиатрия, 1962, 2. — 3. Орехов К. В. Педиатрия, 1963, 8; Вопр. охр. мат. и дет., 1964, 12. — 4. Цибульская И. С., Михайлова З. М. Педиатрия, 1964, 3. — 5. Яковлев А. М., Комлева Г. Г., Яковлева С. Д. ЖМЭИ, 1960, 11. — 6. Luca R., Caruso P. Boll. Soc. ital. biol. speriment., 1958, 34, 6; 1958, 34, 1; Minerva pediatrica, 1959, 11, 25/26.

УДК 616.71—007.151—616.1

ФУНКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РАХИТОМ

Г. Б. Святкина

Кафедра детских болезней (зав.—проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра педиатрии № 1 (зав.—доц. Р. М. Мамин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Сердечно-сосудистая система при рахите претерпевает существенные изменения наряду с функциональными нарушениями других систем. Указания на вероятность поражения миокарда мы находим еще у А. Б. Марфана, А. Ф. Тура, П. С. Медовикова, С. О. Дулицкого, Е. М. Лепского. Однако изучению характера этих изменений посвящены лишь единичные работы [1, 2, 5, 10].

Настоящее сообщение основывается на клинико-инструментальном обследовании 131 ребенка, больного рахитом (возраст — от 3,5 мес. до 3,5 лет). ЭКГ мы снимали в трех стандартных отведениях, усиленных от конечностей отведениях (aVL, aVK,