



Рис. 4. Мраморная болезнь. Сплошная структура костного губчатого вещества нижнего эпифиза бедра. Окраска по Ван-Гизону; $\times 200$.



Рис. 5. Мраморная болезнь. Образование бедренной кости и хряща. Нормальные костные балки. Окраска по Ван-Гизону; $\times 200$.

ду ними — рыхлая соединительная ткань. Мозаичность окраски балок вначале не определяется. В участках кости, удаленных от ростковой зоны, мозаичность окраски костных балок проявляется в неравномерности окрашивания концентрически расположенных по краям балок. Рыхлая соединительная ткань оссифицирована и занимает почти все межбалочное пространство.

Патологоанатомический диагноз: мраморная болезнь (болезнь Альберс-Шенберга): плотные, сплошные, плоские и трубчатые кости скелета; резкая миелоидная фетоклазия селезенки, лимфатических узлов; экстремедуллярное кроветворение в почках, печени, под надкостницей; резкие дистрофические изменения внутренних органов; кровоизлияния в легочную ткань, плевру, эпикард, мозг, отек легких.

Наши наблюдения свидетельствуют, что правильная прижизненная постановка диагноза мраморной болезни возможна лишь при рентгенологическом обследовании костной системы.

УДК 616.314.18—053.4

С. А. Хамидуллина, В. А. Ившина, Г. Х. Ахметова (Казань). Состояние краевого пародонта у детей дошкольного возраста

В связи с недостаточной изученностью вопроса о подверженности детей дошкольного возраста пародонтозу и другим болезням пародонта нами обследовано состояние зубов, пародонта и прикуса у 275 детей в возрасте от 3 до 6 лет в двух детских садах Бауманского района г. Казани. Состояние пародонта мы оценивали по индексам ПИ и ПМА. Показатель ПИ характеризует распространенность патологического процесса в пародонте, ПМА — глубину поражения пародонта.

По значению ПМА обследованные были разделены на 3 группы. Индекс 000 характеризовал интактный пародонт, от 100 до 210 — легкое поражение, от 210 до 520 — среднее поражение пародонта.

Из 275 детей признаки поражения пародонта воспалительного характера в виде папиллита или гингивита выявлены у 164 (59,6%). Обращает на себя внимание большая распространенность у детей катарального гингивита: он был обнаружен у 141 ребенка (51,3%), в том числе у 33 детей (12%) наряду с гингивитом во фронтальном участке был папиллит в области моляров. У 35 детей в возрасте 5—6 лет гингивит локализовался на ограниченном участке, обычно в области фронтальных зубов. У 22 детей гингивит развился на фоне смены зубов, у 13 — на фоне патологии прикуса (у 8 из них был глубокий, у 2 — открытый и у 3 — ортогнатический прикус).

Значение ПИ в целом оказалось высоким для детей всех возрастов, показатель ПМА свидетельствовал о легкой и средней степени поражения пародонта. Приведенные данные характеризуют довольно частую поражаемость краевого пародонта у детей дошкольного возраста.

В связи с поражением тканей пародонта в сочетании с кариесом зубов мы решили изучить показатели поражаемости зубов (индекс КП). Наиболее высоким КП оказался у детей 5- и 6-летнего возраста, т. е. именно того возраста, в котором отмечается наибольшая частота поражения пародонта.

Поскольку многие исследователи придают большое значение в возникновении и развитии болезней пародонта дефициту аскорбиновой кислоты в организме, мы провели определение содержания аскорбиновой кислоты в организме детей с помощью лингвальной пробы. На предварительно высушенную марлевыми салфетками слизистую оболочку спинки языка по средней линии с помощью инъекционной иглы диаметром 0,2 мм наносили 1 каплю 0,006% раствора краски Тильманса (2—6-дихлорфенол-нолиндофенол) и регистрировали время обесцвечивания краски по секундомеру. Лингвальную пробу проводили в январе, феврале в середине недели, в утренние часы.

У 237 из 275 детей время обесцвечивания краски составляло от 1 до 22 с, что соответствует содержанию аскорбиновой кислоты (АК) в организме в пределах нормы. У 38 детей время обесцвечивания краски при лингвальной пробе составляло от 25 до 60 с, что указывает на дефицит АК в их организме. У 27 детей этой группы был катаральный гингивит, который у 5 сочетался с папиллитом; у 6 чел. не было видимых изменений краевого пародонта. В целом у детей с нормальным содержанием АК обнаруженное с помощью языковой пробы поражение краевого пародонта зарегистрировано в 15,7%; у детей с дефицитом АК пародонтопатии выявлены в 86,2%.

Полученные данные позволяют считать, что возникновение пародонтопатий у детей дошкольного возраста обусловлено как дефицитом АК в организме, так и недостаточной функцией жевания.

УДК 617.586—002.828—053.2—079.4

Р. К. Мустаев, Р. М. Немкаева (Чебоксары). Клинический полиморфизм микозов стоп у детей

Изучены клинические проявления микозов стоп и кистей у 267 детей и подростков (у 146 девочек и 121 мальчика в возрасте: 7—до 3 лет, 19—от 3 до 6 лет, 59—от 7 до 10 лет, 111—от 11 до 14 лет и 71—от 15 до 17 лет).

У 226 больных микоз был обусловлен *Tr. rubrum*, у 26—*Tr. mentagrophytes var. unternigitale*, у 2 было сочетание того и другого заболевания, у 11—кандидоз, у 1—микроспорийный онихомироз и у 1—инфильтративно-нагноительная трихофития кисти.

Что касается клинических форм заболевания, то у 124 амбулаторных больных был в основном только интертригинозный процесс на стопах; у 103 пациентов явления интертриго сочетались с другими проявлениями микоза—сквамозно-гиперкератотическим поражением подошв (84), ладоней (39), онихомикозом (103), поражением гладкой кожи подбородка, предплечья, голеней, бедер, ягодиц, паховых и подмышечных складок кожи (13). Только у 1 годовалого ребенка было изолированное поражение 3 ногтевых пластинок кисти.

Наблюдения над 124 детьми показали, что при рубромикозе в подавляющем большинстве случаев заболевание начинается с поражения кожи межпальцевых складок стоп и подошвенной поверхности пальцев. Клинически кожа межпальцевых складок представлялась слегка мацерированной, набухшей и шелушащейся. Роговой слой кожи межпальцевых складок стоп отслаивался с образованием эрозированных поверхностей и трещин в глубине складок, особенно это было выражено у 14 из 124 больных. Со слов этих больных, в межпальцевых складках стоп появлялись и единичные пузырьки, которые вскрывались, подсыхали, покрывались тонкими корочками, затем шелушились. Клинически у них были более выражены воспалительные явления. У остальных 110 детей эритематозно-сквамозная форма заболевания характеризовалась покраснением, кольцевидным и пластинчатым шелушением кожи пальцев стоп, у 4 больных были минимальные поражения ногтевых пластинок первых пальцев стоп.

У 103 детей поражения ногтей, гладкой кожи подошв и ладоней были основными симптомами рубромикоза и являлись прямыми показаниями для госпитализации больных. У 84 из них была сквамозно-гиперкератотическая форма рубромикоза с одновременным поражением ногтевых пластинок, у 13—генерализованная форма рубромикоза, у 6—экссудативная (дисгидротическая) форма микоза и онихомироз. У 39 из 84 детей было отмечено значительное кольцевидное и пластинчатое шелушение на ладонях и подошвах, которое у 5 из них распространялось на боковые и тыльные поверхности стоп и кистей. Межпальцевый рубромикоз был выражен у всех больных данной группы.

Частота генерализованной формы рубромикоза составила 5,7% (13 из 228 больных). Очаги поражения на коже подбородка, туловища были неправильных очертаний, имели извилистый, гиперемированный прерывистый периферический валик, состоящий из небольших слившихся папул розового цвета, чешуек и корочек, с синюшным оттенком и шелушением. У 2 больных наряду с поражением стоп, кистей отмечались эритематозно-сквамозные очаги неправильных очертаний с распливчатыми границами на бедрах, ягодицах и в паховых складках (ладонно-подошвенно-пахово-ягодичный синдром). У 11 больных одновременно имелись узелково-узловатые очаги на голених и бедрах.

Клинические формы микоза, обусловленного межпальцевым трихофитомом, диагностированы у 26 больных: сквамозно-интертригинозная с поражением ногтей I и V пальцев стоп—у 1, дисгидротическая—у 8 (из них у 5 были аллергические высыпания на кистях), интертригинозная—у 17.

Из 11 детей, больных кандидозом, у 2 было дрожжевое интертриго кистей, у 4—дрожжевые онихи, паронихии и стоматит, у 5—хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз.