

[2, 3 а, б], размеры клеток, их внутриклеточных структур и соотношения являются существенным показателем морфофункционального состояния клеток. Усиление активности клеток сопровождается выдчей генетической информации из ядра в цитоплазму и соответственно приводит к расправлению складчатости оболочки ядра. Вследствие этого происходит усиление биосинтетических процессов в клетке и увеличение ее размеров [4]. Снижение морфофункциональной активности вызывает обратные изменения.

Морфометрия лейкоцитов крови

Клетки	Площадь клетки, мкм ²		Площадь ядра, мкм ²		Ядерно-плазменное соотношение	
	дети от больных родителей	контрольная группа	дети от больных родителей	контрольная группа	дети от больных родителей	контрольная группа
Малые лимфоциты	29,8±0,9	38,7±1,2	23,5±0,9	33,4±1,0	0,28±0,03	0,16±0,02
Средние лимфоциты	53,1±1,7	54,6±1,4	31,8±1,3	41,6±0,9	0,43±0,04	0,30±0,02
Большие лимфоциты	85,7±2,5	86,1±1,6	52,5±0,8	55,2±1,3	0,64±0,03	0,55±0,03
Моноциты	105,5±8,1	122,0±7,9	62,0±4,6	74,1±3,4	0,72±0,05	0,71±0,04
Нейтрофилы	91,8±3,7	107,0±6,8	36,3±0,1	39,4±2,0	1,51±0,05	1,63±0,09

Таким образом, у детей с риском формирования почечной патологии выявлена функциональная неполноценность лейкоцитов периферической крови, что создает, по-видимому, предпосылки к частым простудным и респираторно-вирусным заболеваниям, а также является одним из факторов реализации семейной предрасположенности к заболеваниям почек. Эти данные можно использовать при разработке нового подхода к профилактике заболеваний почек у детей.

ЛИТЕРАТУРА

- Игнатова М. С., Вельтишев Ю. Е. Детская нефрология. М., Медицина, 1982.
- Семенов Д. Г. О характере реагирования нейронов коры головного мозга на гипертермию и прекращение кровообращения. Автореф. канд. дисс., Л., 1979.
- Углова М. В. а) В кн.: Вопросы сердечно-сосудистой патологии. Куйбышев, 1976; б) В кн.: Морфология и патогенез атеросклероза и ишемической болезни сердца. Куйбышев, 1978.
- Ченцов Ю. С., Поляков В. Ю. Ультраструктура клеточного ядра. М., Наука, 1976.

Поступила 10 июля 1984 г.

УДК 616.361—02:616.1—053.3

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н. А. Черкасова, В. П. Булатов, М. В. Войцехович

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— доц. Н. А. Черкасова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Вопрос о влиянии поражений гепатобилиарной системы на деятельность сердца в детском возрасте освещен в литературе недостаточно.

Под нашим наблюдением находилось 70 детей в возрасте от 7 до 14 лет, поступивших в стационар по поводу болей в животе; половина из них жаловалась на тошноту, рвоту, головную боль. При объективном обследовании определялись бледность кожных покровов, обложенность языка, болезненность в правом подреберье и в месте проекции желчного пузыря. У большинства больных по срединно-ключичной линии пальпировалась печень, выступающая на 1—3 см из-под края реберной дуги. Более чем у половины детей отмечались положительные пузырьные симптомы, наиболее часто встречались симптомы Кера, Мерфи, «косоугольного удара».

Диагноз основывался на данных анамнеза, клиники заболевания, результатах фракционного дуоденального зондирования. Диагноз холецистита верифицировали при наличии в дуоденальном содержимом песка, хлопьев слизи, особенно кристаллов билирубина и холестерина, и в дальнейшем он подтверждался при биохимическом исследовании дуоденального содержимого. Гипомоторную дискинезию диагностировали по увеличению объема порции «В» и удлинению времени ее вытекания. Гипермоторная дискинезия, наоборот, характеризовалась уменьшением объема порции «В» и увеличением скорости вытекания. У большинства детей была проведена пероральная холецистография. При оценке результатов холецистографии обращали внимание на концентрационную и двигательную функции желчного пузыря. Сопутствующую гастродуоденальную патологию исключали на основании анамнеза, клиники заболевания, результатов желудочного зондирования по Лепорскому и рентгенологических исследований.

У 23 больных было выявлено обострение хронического холецистита, у 23 — дискинезия желчевыводящих путей по гипермоторному и у 24 — по гипомоторному типам.

У 43 из 70 больных были найдены изменения сердечно-сосудистой системы. Половина детей жаловалась на неприятные ощущения в области сердца, одышку, учащение сердцебиения при быстрой ходьбе. При объективном обследовании у 31 больного отмечалось нарушение частоты пульса (у 19 — тахикардия, у 12 — брадикардия). У 32 детей было незначительное расширение границы сердца влево; у 18 — при аускультации выслушивались приглушенные тоны сердца, у 20 — систолический шум на верхушке. У 13 больных АД как максимальное, так и минимальное было выше возрастных норм на 10—18 мм рт. ст.

У 40 больных была проведена регистрация электрокардиограмм в 12 общепринятых отведениях.

Анализ электрокардиограмм показал, что чаще всего (30%) наблюдалось снижение вольтажа зубцов ЭКГ. У 10 (25%) детей отмечалось смещение сегмента ST на 1 мм ниже изолинии. У 7 (17,5%) больных зубец T был уплощенным, сглаженным, иногда двуфазным. Указанные изменения встречались преимущественно во II, III, AVF, V₁, V₂, V₃ отведениях. У 2 больных было незначительное расширение зубца R. Указанные изменения на ЭКГ свидетельствовали о нарушении процесса реполяризации.

Всем детям проводили комплексное лечение, включающее диету, противовоспалительные препараты, желчегонные средства, витамины, физиотерапевтические процедуры, спазмолитики при гипермоторном типе дискинезии. Состояние больных после лечения значительно улучшилось: исчезли боли в животе, диспепсические расстройства, повысился аппетит, нормализовался состав желчи.

Наряду с этим наблюдалась положительная динамика показателей сердечно-сосудистой системы: границы сердца установились в пределах нормы, тоны стали громкими и ясными, систолический шум — менее выраженным (у 16) или исчез полностью (у 4).

Таким образом, при холепатиях у детей часто (61%) имеются нарушения сердечно-сосудистой системы, которые клинически проявляются неприятными ощущениями в области сердца, учащенным сердцебиением, лабильностью пульса, дилатацией левого желудочка, приглушенностью тонов, наличием систолического шума функционального характера на верхушке сердца, а на ЭКГ смещением сегмента ST, изменением формы зубца T, увеличением систолы желудочков. Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательного исследования сердечно-сосудистой системы при холепатиях в детском возрасте и назначении препаратов, восстанавливающих нарушенную функцию миокарда (адонизид, препараты калия, кокарбоксиллазу, МАП и др.).

Поступила 21 мая 1985 г.