

При разработке материала по гематологическим показателям дети были разбиты на 2 группы.

I группа — 21 ребенок без интеркуррентных заболеваний. Лечение в данной группе оказало значительный эффект не только на общее состояние и нарастание веса, но и на гематологические показатели.

Нарастание количества гемоглобина в данной группе отмечено в среднем на 12,7%. Увеличилось число эритроцитов на 450 000—1 310 000. У 13 детей нормализовалось количество лейкоцитов, ретикулярный криз наступил на 4—6 дни лечения.

II группа — 27 больных, у которых в периоде лечения были интеркуррентные заболевания (катар верхних дыхательных путей у 12 детей, пневмония — у 3, отиты — у 9 и диспепсия — у 3).

В данной группе применение витаминов ( $B_{12}$  + фолиевая кислота) оказалось менее эффективным по сравнению с первой группой.

Из 27 детей у 21 получен положительный результат в отношении увеличения количества эритроцитов и нарастания гемоглобина (на 7,5%). Число эритроцитов увеличилось на 100 000—1 113 000. У 6 детей наступило лишь частичное улучшение, из них у 4 увеличилось количество гемоглобина в среднем на 9,1%, тогда как количество эритроцитов осталось на том же уровне, а у некоторых даже снизилось. У 2 детей гемоглобин остался на том же уровне, а количество эритроцитов увеличилось на 150 000—600 000.

Дети первой группы дали прибавку веса в среднем на 860,0 (600—1500,0) за месяц, больные второй группы прибавились в весе на 707,0.

20 детей, леченных лишь фолиевой кислотой, имели тот же возрастной состав, что и основная группа. В анамнезе у 16 детей было нерациональное вскармливание (у 5 — одностороннее углеводное питание, у 1 — ранний прикорм пищей, не соответствующей возрасту, у 10 больных, наряду с анемией отмечалась гипотрофия I ст. — у 6, II ст. — у 4). Рахит I—II ст. был у 4 детей.

В отношении режима и питания больные находились в одинаковых условиях с предыдущими группами. Фолиевая кислота назначалась в дозе 0,003—0,005 2—3 раза в день в течение 3 недель.

В процессе лечения у 7 детей наблюдались катар верхних дыхательных путей и отит.

Улучшение общего состояния, аппетита и нарастания веса были выражены в меньшей степени, чем при сочетанном применении витамина  $B_{12}$  и фолиевой кислоты. Больные данной группы прибавились в весе в среднем лишь на 640,0 в месяц. У 18 детей улучшилась картина красной крови. Количество гемоглобина повысилось в среднем на 7,25%, число эритроцитов увеличилось в среднем на 385 300. У 2 больных отмечено лишь увеличение количества эритроцитов. Эти дети длительно болели гнойным отитом, а также страдали цветущим рахитом II ст.

В комплексной терапии алиментарной анемии может быть рекомендовано применение витамина  $B_{12}$  в сочетании с фолиевой кислотой. Одна фолиевая кислота менее эффективна. Побочных явлений от применения обоих препаратов мы не наблюдали.

Поступила 31 мая 1961 г.

## О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОНЗИЛЛОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ И ЛАТЕНТНЫМ РЕВМАТИЗМОМ У ДЕТЕЙ ПО УРОВНЮ СИАЛОВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

*Р. М. Шакирзянова*

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав. — проф. Г. А. Макарова)  
Казанского медицинского института и 4-й детской больницы  
(главврач — Р. Х. Савенкова)

В детской патологии большое место отводится хронической тонзиллогенной интоксикации. С одной стороны, хронический тонзиллит в большом проценте случаев предшествует ревматизму (В. Е. Незлин, Е. И. Волкова, Ф. А. Боголюбова и др.), с другой — клиника хронической тонзиллогенной интоксикации имеет много общего с латентным ревматизмом (Д. Д. Лебедев, А. В. Долгополова, Б. С. Преображенский, О. Д. Соколова-Пономарева). В том и другом случае больные жалуются на быструю утомляемость, слабость, летучие боли в суставах, головные боли, боли в области сердца, субфебрильную температуру. При объективном исследовании определяются весьма четкие изменения со стороны нервной системы, крови, сердечно-сосудистой системы, почек и других органов (А. Б. Воловик, Д. Д. Лебедев, С. И. Петров, И. М. Сопелкина и др.). Д. Д. Лебедев и А. В. Долгополова считают,

что изменения сердечно-сосудистой системы при хроническом тонзиллите являются одним из наиболее часто встречающихся и ведущих симптомов тонзиллогенной интоксикации, и описывают их следующим образом: небольшое расширение границ сердца, ослабление тонов, нечистота первого тона, систолический шум на верхушке и в V точке, акцент или раздвоение второго тона на легочной артерии, иногда (редко) экстрасистолия. Наблюдаются определенные изменения и на ЭКГ. Пульс чрезвычайно лабильный.

Как известно, подобную же клиническую картину дает и латентно текущая форма ревматизма. Проведение дифференциального диагноза между этими двумя заболеваниями нередко представляет большие трудности.

Нами уже сообщалось<sup>1</sup>, что в активной фазе ревматизма с поражением сердца и суставов у детей, как правило, уровень сиаловой кислоты значительно повышается (от 0,220 до 0,550 ед. оптической плотности) и лишь по мере затихания процесса постепенно снижается и нормализуется несколько позднее, чем РОЭ. Подобных исследований при тонзиллогенной интоксикации мы в литературе не нашли.

Нами исследовано 30 детей с хроническим тонзиллитом и проявлениями тонзиллогенной интоксикации. У всех больных диагноз хронического тонзиллита был подтвержден отоларингологом, и у большей части больных типичная для тонзиллогенной интоксикации клиническая картина после оперативного или консервативного лечения исчезла или значительно улучшилась, что и служило доказательством правильности диагноза тонзиллогенной интоксикации. 15 из этих детей исследовались в период обострения хронического тонзиллита.

У детей с хроническим тонзиллитом вне фазы обострения уровень сиаловой кислоты не превышал цифр, полученных у здоровых детей, а именно — от 0,150 до 0,203 ед. РОЭ у этих детей почти не превышала нормальных цифр (от 3 до 16 мм/час).

У 10 детей в период обострения хронического тонзиллита концентрация сиаловой кислоты также была нормальной (0,140—0,195), только у 3 детей наблюдалось повышение от 0,206 до 0,254 ед. Однако наблюдения за динамикой уровня сиаловой кислоты у этих детей показали, что нормализация его наступает относительно быстро — на 8—16 день со дня поступления в больницу. РОЭ была ускорена только у 2 детей из 5.

Иные результаты мы получили при определении уровня сиаловой кислоты у детей с латентным ревматизмом (латентным началом и латентным межприступным периодом) без признаков хронического тонзиллита. Таких детей было 6. У всех детей с латентным течением ревматизма уровень сиаловой кислоты оказался значительно повышенным (от 0,221 до 0,400 ед.), тогда как РОЭ была ускорена лишь у 5.

Значительное повышение уровня сиаловой кислоты мы наблюдали также у 3 детей, у которых одновременно с латентным ревматизмом имелись явления тонзиллита (от 0,260 до 0,285 ед.).

Нормализация концентрации сиаловой кислоты у детей, страдающих латентным ревматизмом, наступала в более поздние сроки, чем при тонзиллогенной интоксикации, а именно — на 38—77 день со дня поступления в больницу.

Таким образом, при латентно текущем ревматизме закономерно повышается уровень сиаловой кислоты сыворотки крови, в то время как при тонзиллогенной интоксикации он не изменяется. В период обострения хронического тонзиллита у части больных наблюдается увеличение содержания сиаловой кислоты, но в меньшей степени, и нормализация происходит в более ранние сроки. Ускорение РОЭ отмечено только у части детей с латентным ревматизмом и обострением хронического тонзиллита, поэтому использование этой реакции для дифференциальной диагностики затруднительно.

Мы считаем, что определение уровня сиаловой кислоты в известной степени помогает в проведении дифференциального диагноза этих двух заболеваний, конечно, в совокупности с другими клиническими и лабораторными показателями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбова Ф. А. Сов. мед., 1960, 4. — 2. Волкова Е. И. Педиатрия, 1953, 4. — 3. Воловик А. Б. Педиатрия, 1958, 12. — 4. Долгополова А. В. Педиатрия, 1953, 4. — 5. Лебедев Д. Д., Волкова Е. И. Хронический тонзиллит и заболевания сердца у детей. М., 1957. — 6. Лебедев Д. Д., Долгополова А. В. Хронический тонзиллит у детей. М., 1961. — 7. Лебедев Д. Д., Петров С. И., Сопелкина И. М. Педиатрия, 1959, 1. — 8. Незлин В. Е. Сов. мед., 1941, 12. — 9. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями. М., 1954. — 10. Преображенский Н. А., Перчикова Г. Е. Клин. мед. 1955, 3. — 11. Соколова-Пономарева О. Д. Педиатрия, 1959, 1.

Поступила 30 ноября 1961 г.

<sup>1</sup> Казанский мед. ж., 1960, 2.