

Vol. 68.— P. 111—228.— 34. Sanders S. P., Yeager S., Williams R. G. Am. J. Gardiol.— 1983.— Vol. 51.— P. 952—956.— 35. Stewart W. J., Pandian N. G., Jiang L. et al. Circulation.— 1983.— Vol. 68.— Suppl. III.— P. 111.— 36. Stengart R. M., Meller J. Barovick J. et al.//Ibid.— 1980.— Vol. 62.— P. 542.— 37. Stewart W. J., DiCola V. C., Steinhaus D. et al.//Ibid.— 1983.— Vol. 68.— Suppl. III.— P. 111—241.— 38. Thuiller Ch., Theroux P., Bourassa M. G. et al.//Ibid.— 1980.— Vol. 60.— P. 381—388.— 39. Touche T., Nitenberg A., Laffay N. et al.//Ibid.— 1983.— Vol. 68.— Suppl. III.— P. 111—229.— 40. Valdes-Cruz L. M., Horowitz S., Sahn D. J. et al.//Ibid.— P. 111—230.— 41. Valdes-Cruz L. M., Meijboon E., Sahn D. J. et al.//Ibid.— P. 111—331.— 42. Valdes-Cruz L. M., Horowitz S., Mesel E. et al.//Ibid.— 1984.— Vol. 69.— P. 80—86.— 43. Veyrat C., Lessona A., Abitbol G. et al.//Ibid.— 1983.— Vol. 68.— P. 998—1005.

Поступила 01.07.85.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 612.017.1:616—053.2—022.361

**А. М. Потемкина, Н. Г. Дружинина, Т. В. Клыкова, Р. М. Билялова (Казань). Возрастные особенности иммунологической реактивности у здоровых детей**

У 90 здоровых детей в возрасте от 8 мес до 15 лет (до 3 лет — 25, от 3 до 7 — 22, от 7 до 11 — 23 и от 11 до 15 — 20) проведено комплексное изучение показателей клеточного и гуморального иммунитета.

**Показатели клеточного и гуморального иммунитета у здоровых детей в возрастном аспекте**

Показатели	Число наблюдений	Возрастные группы, лет				Всего
		1-я (до 3)	2-я (от 4 до 6)	3-я (от 7 до 10)	4-я (от 11 до 15)	
Т-лимфоциты, % · 10 <sup>9</sup> в 1 л	n	13	10	10	9	42
		63,23 ± 3,63 2,65 ± 0,12	70,80 ± 5,09 2,05 ± 0,19	69,80 ± 3,57 1,58 ± 0,20	66,44 ± 5,24 1,38 ± 0,19	67,28 ± 1,94 1,98 ± 0,09
В-лимфоциты, % · 10 <sup>9</sup> в 1 л	n	13	10	10	9	42
		19,31 ± 1,47 0,97 ± 0,09	20,40 ± 1,41 0,58 ± 0,04	21,50 ± 1,73 0,48 ± 0,09	24,33 ± 2,38 0,54 ± 0,15	21,47 ± 0,79 0,67 ± 0,05
0-лимфоциты, % · 10 <sup>9</sup> в 1 л	n	13	10	10	9	42
		14,62 ± 3,89 0,75 ± 0,22	10,50 ± 4,33 0,32 ± 0,14	10,55 ± 3,25 0,23 ± 0,07	11,21 ± 3,43 0,21 ± 0,04	11,92 ± 1,61 0,41 ± 0,09
Реакция бласттрансформации лимфоцитов, % на ФГА, спонтанная	n	14	11	13	10	48
		52,57 ± 2,96 4,25 ± 0,57	57,00 ± 3,30 1,31 ± 0,40	56,00 ± 3,38 1,15 ± 0,43	58,70 ± 3,93 0,82 ± 0,11	55,75 ± 1,21 2,34 ± 0,37
Иммуноглобулины, мкмоль/л	n	23	19	22	15	79
	A	6,6 ± 0,6	6,7 ± 0,2	8,0 ± 0,4	9,1 ± 0,6	7,3 ± 0,2
	M	0,82 ± 0,05	0,83 ± 0,06	1,19 ± 0,06	1,23 ± 0,10	0,98 ± 0,03
	G	73,6 ± 4,1	72,0 ± 2,5	89,6 ± 7,1	90,2 ± 10,7	79,9 ± 2,4
E, E/л	n	9	5	6	5	25
		46,0 ± 12,9	48,3 ± 17,9	71,2 ± 18,3	69,0 ± 28,3	60,7 ± 8,1

Из таблицы видно, что относительное количество Т-, В- и 0-Лф лишено возрастных различий ( $P < 0,05$ ), хотя число В-Лф склонно с возрастом к увеличению, а число 0-Лф несколько выше у детей до трех лет. В то же время абсолютное количество Т-, В- и 0-Лф, максимальное у детей в первые годы жизни, характеризуется в последующие возрастные периоды нисходящей динамикой с достоверным различием между показателями Т-Лф в 1 и 2-й ( $P < 0,01$ ), а также во 2 и 4-й ( $P < 0,05$ ) группах; В-Лф — в 1 и 4-й ( $P < 0,05$ ) и 0-Лф — в 1 и 3-й ( $P < 0,05$ ) группах.

Реакция бласттрансформации лимфоцитов под воздействием ФГА не имела существенных возрастных различий ( $P > 0,05$ ). В то же время спонтанный бластогенез был наиболее высоким у детей первых трех лет жизни, снижаясь в последующие возрастные

периоды с достоверным различием между показателями в 1 и 2-й ( $P < 0,001$ ), а также во 2 и 4-й ( $P < 0,01$ ) группах.

Уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М и G, характеризующий функциональную активность В-Лф, был наименьшим у детей до трехлетнего возраста и нарастал в последующие возрастные периоды с неодинаковой интенсивностью для отдельных классов. Статистически значимые различия между уровнями иммуноглобулинов А определялись в 1 и 4-й ( $P < 0,001$ ) группах, М ( $P < 0,001$ ) и G ( $P < 0,05$ ) — в 1 и 3-й группах.

Уровень иммуноглобулинов Е не имел существенной возрастной динамики ( $P > 0,05$ ).

Функциональная незрелость Т- и В-Лф, выявленная у детей первых трех лет жизни, может рассматриваться как один из факторов риска их подверженности действию вирусов, аллергенов, микробов.

УДК 616.72 — 002.77 — 053.2:616.5 — 07 — 08

### Н. З. Алимова (Казань). Местные вегетососудистые реакции кожи в области суставов при ревматоидном артрите у детей

Целью исследований было изучение местных вегетососудистых реакций (температура, сосудистая реакция, болевая чувствительность кожи в области суставов) в динамике течения и лечения детей с ювенильным ревматоидным артритом. Полученные результаты сопоставляли с данными клинико-лабораторно-рентгенологических исследований, состоянием микроциркуляторного русла конъюнктивы глазного яблока и гуморального иммунитета. Исследования проводили в одни и те же часы (с 10 до 13 ч). Температура окружающего воздуха была от 20 до 26°.

Обследовано 76 больных в возрасте от 5 до 14 лет. У 11 детей был поражен один сустав, у 2 — два несимметричных; у 63 — симметричных, из них два — у 20, четыре — у 26, шесть — у 16, восемь суставов — у одного.

В результате анализа и сопоставления данных анамнеза, общих и специальных методов обследования удалось выделить артериальную, артериовенозную, застойно-отечную фазы в остром периоде ревматоидного артрита и фазу ремиссии. Артериальная и артериовенозная фазы наблюдались на ранних сроках заболевания, а застойно-отечная — на поздних. Из 60 больных с острым процессом артериальная фаза выявлена у 11 (18,3%), артериовенозная — у 19 (31,7%), застойно-отечная — у 30 (50%). У 16 больных была установлена фаза ремиссии.

Из 19 пациентов с поражением нескольких суставов сочетание артериовенозной, застойно-отечной и артериальной фаз было у 2, артериовенозной и артериальной — у 3, застойно-отечной и артериовенозной — у 7, застойно-отечной, артериовенозной фаз и фазы ремиссии — у 4, застойно-отечной фазы и фазы ремиссии — у 3.

При артериальной фазе клинического течения ревматоидного артрита температура кожи в области пораженного сустава была выше, чем у детей контрольной группы, на  $5,7 \pm 1,8^\circ$ , симметричного ему на  $4,4 \pm 1,2^\circ$ , смежного —  $2,9 \pm 1,5^\circ$  и отдаленных от него здоровых суставов — на  $2,9 \pm 1,4^\circ$ . Кроме того, эта фаза характеризовалась умеренно и интенсивно выраженной артериальной гиперемией кожи в области пораженных суставов и умеренно выраженным рефлекторным расширением сосудов кожи в области здоровых суставов. Отмечалась поверхностная (эпидермальная) и глубокая (дермососудистая) гипералгезия в области больных суставов. В симметричных, смежных и отдаленных здоровых суставах выявлена дизалгезия, сходная с пораженными суставами.

Артериовенозная фаза отличалась от артериальной уровнем температуры и характером сосудистой реакции во время баночной пробы и после нее. В артериовенозной фазе температура кожи повышалась на  $3,0 \pm 1,5^\circ$ .

Застойно-отечная фаза сопровождалась прогрессированием застойных явлений и стиханием болевого синдрома как в пораженном суставе, так и в здоровом. Температура в мышечных областях оставалась нормальной, пульс и АД — в пределах нормы. Показатели активности воспалительного процесса в крови сохранялись повышенными. Исследование микроциркуляторного русла глаза показало спазм микрососудов и замедление кровотока в венах, артериолах и капиллярах. Кожа в области больного сустава была отечной, бледной, в полости сустава имелся выпот. Рентгенологически выявлялся выраженный остеопороз костей пораженного сустава и костно-хрящевая деструкция. При застойно-отечной фазе во время и после баночной пробы в области пораженных суставов определяли дермальный (у 14 больных) и гиподермальный отек кожи и подкожной клетчатки (у 16). При дермальном отеке в области пораженных суставов температура кожи была более высокой (на  $2,0 \pm 1,0^\circ$ ), чем у детей контрольной группы, имелись поверхностная гипералгезия и глубокая гипералгезия. При гиподермальном отеке температура была снижена на  $1,7 \pm 1,0^\circ$ ; отмечались поверхностная и глубокая ан- и гипералгезия.

При ювенильном ревматоидном артрите вегетососудистые сдвиги в области пораженных суставов имели место только в остром периоде заболевания, но и в фазе ремиссии. В остром периоде определялось фазное изменение местных вегетососудистых реакций. Так, развивавшаяся на ранних сроках заболевания артериальная фаза при несвоевременно начатой терапии переходила в артериовенозную, а последняя — в застойно-отечную. Начальная фаза характеризовалась функциональными расстройствами в нервно-сосудистых образованиях пораженных ревматоидным процессом суставов, а поздняя (застойно-отечная) — органическими изменениями в стенках микрососудов, перивасальных нервных образованиях и экстравазкулярной ткани.