

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, периваскулярных нервных образованиях и экстравазкулярной ткани.