

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—053.2—07 : [577.155.2+577.169/.17

А. С. Эйberman (Саратов). Нормативы содержания некоторых гормонов и циклических нуклеотидов в крови детей первого года жизни

Задачей настоящей работы являлось определение нормальных значений концентрации некоторых гормонов и циклических нуклеотидов в крови детей первого года жизни в возрастном и половом аспектах.

Было обследовано 27 детей, которые в зависимости от возраста были разделены на две группы: в 1-й было 11 детей (6 мальчиков и 5 девочек) в возрасте 2—6 мес; во 2-й — 16 (6 мальчиков и 10 девочек) в возрасте 7—18 мес. Все дети не имели нарушений трофики и заболеваний печени, почек и желудочно-кишечного тракта. Исследования проводили в осенний период в связи с контактом по вирусному гепатиту (впоследствии никто из детей не заболел), а у части детей — при плановом обследовании перед лечением гемангиом кожных покровов (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Концентрация некоторых гормонов и циклических нуклеотидов в крови здоровых детей

Показатели	Группы обследованных		P
	1-я	2-я	
Кортизол, нмоль/л	474,1 ± 35,4	502,8 ± 30,3	>0,1
СТГ, мкг/л	10,8 ± 0,6	4,9 ± 1,0	<0,001
ИРИ, нмоль/л	143,4 ± 20,4	76,3 ± 15,0	<0,02
цАМФ, нмоль/л	18,5 ± 1,9	19,5 ± 0,7	>0,1
цГМФ	7,1 ± 2,1	7,1 ± 0,6	>0,1

Таблица 2

Концентрация некоторых гормонов и циклических нуклеотидов в крови детей 2—18 мес

Показатели	Группы обследованных			P
	в целом (n = 27)	мальчики (n = 12)	девочки (n = 15)	
Кортизол, нмоль/л	491,1 ± 22,5	509,6 ± 29,4	476,3 ± 34,9	>0,1
СТГ, мкг/л	8,1 ± 0,8	10,6 ± 2,8	7,6 ± 1,4	>0,1
ИРИ, нмоль/л	112,1 ± 15,4	122,4 ± 23,1	138,9 ± 46,2	>0,1
T ₃ , нмоль/л	2,0 ± 0,2	2,1 ± 0,4	2,0 ± 0,2	>0,1
T ₄ , нмоль/л	103,0 ± 6,2	112,5 ± 8,5	97,5 ± 9,8	>0,1
ТТГ, мед/л	1,8 ± 0,2	2,1 ± 0,5	1,7 ± 0,2	>0,1
цАМФ, нмоль/л	19,2 ± 0,6	19,1 ± 1,1	19,4 ± 0,8	>0,1
цГМФ, нмоль/л	7,1 ± 0,7	7,7 ± 0,8	6,7 ± 1,2	>0,1

При изучении содержания кортизола у детей первого года жизни была обнаружена стабильность его уровня, однако у мальчиков он был несколько выше, чем у девочек.

Определение содержания соматотропного гормона показало его снижение более чем в 2 раза во втором полугодии жизни, причем уровень этого показателя у мальчиков и девочек не различался.

При исследовании базальной концентрации инсулина более высокая активность секреции гормона оказалась в 1-й группе. Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) у этих детей в 2 раза превышал показатели у обследованных более старшего возраста, что, по-видимому, можно объяснить различием в характере питания.

Высокая активность системы гипофиз-щитовидная железа в реализации адаптационно-защитных реакций в раннем детском возрасте обуславливает значимость исследования концентрации тиреоидных гормонов — трийодтироксина (Т₃), тироксина (Т₄) и тиреотропного гормона (ТТГ). Установлено, что средняя концентрация гормонов тиреоидной системы у детей 5—18 мес соответствует нормативам, указанным в применявшихся наборах. Из-за малочисленности детей 1-й группы возрастные, а также половые различия в уровне тиреоидов не были обнаружены.

Показатели циклических нуклеотидов у обследованных детей соответствовали литературным данным. Возрастных и половых различий у здоровых детей первого года жизни не выявлено.

УДК 616.24—002.3—076.5:616.155.3

М. Т. Юдашев, Ф. А. Каюмов (Уфа). Значение цитохимических исследований лейкоцитов в диагностике и оценке эффективности лечения острой гнойной деструктивной пневмонии в педиатрической практике

Для оценки диагностической значимости активности ферментов в лейкоцитах периферической крови при определении отдельных стадий острой гнойной деструктивной пневмонии у детей мы провели цитохимические исследования у 52 больных в возрасте от одного месяца до 10 лет. У 14 детей заболевание было инфильтративной формы, у 38 — деструктивной. Контрольную группу составили 15 здоровых детей того же возраста.

Исследования показали, что при поступлении в стационар у больных острой гнойной деструктивной пневмонией инфильтративной формы активность щелочной фосфатазы нейтрофилов и кислой фосфатазы лимфоцитов была значительно выше, чем у здоровых детей (P < 0,05). При переходе воспалительного процесса в стадию деструктивных изменений в легких (абсцессы, пиопневмоторакс и т. п.) нами отмечено еще более значительное повышение активности указанных ферментов, что подтверждает усиление фагоцитарной активности лейкоцитов при инфильтративной форме. С переходом воспаления в деструктивный процесс происходит массивное поступление в кровь крупных антигенных комплексов; усиливается и процесс фагоцитоза, что вызывает активацию ферментов, участвующих в клеточ-

ном переваривании. Следовательно, изучение активности ферментов щелочной и кислой фосфатаз лейкоцитов позволяет выявлять ранние деструктивные стадии острой гнойной деструктивной пневмонии и определять переход воспалительного процесса в деструкцию.

У больных с инфильтративной формой заболевания при поступлении в клинику отмечалось уменьшение активности пероксидазы по сравнению с таковой у здоровых детей ($P < 0,05$). При деструктивной форме (абсцессы, пиопневмоторакс и т. д.) угнетение указанного фермента в нейтрофилах было еще более значительным ($P < 0,05$).

На фоне комплексного лечения и стихания воспалительно-деструктивного процесса в легких мы наблюдали тенденцию к постепенной нормализации цитохимических показателей: уменьшение активности щелочной и кислой фосфатаз и усиление активности пероксидазы в лейкоцитах периферической крови.

Таким образом, цитохимические исследования активности ферментов в лейкоцитах периферической крови больных острой гнойной деструктивной пневмонией показали их значительные изменения в зависимости от стадии и выраженности воспалительно-деструктивного процесса в легких. Положительная динамика изменений активности указанных ферментов свидетельствует об эффективности лечения.

УДК 616.517—007.248

Г. П. Петрова, Н. З. Алимова (Казань). Псориазическая артропатия у детей

Псориаз — хроническое заболевание, которое может возникнуть в любом возрасте, в том числе и в раннем детском. Помимо специфических изменений на коже у некоторых больных при этом заболевании поражаются другие органы, включая и суставы. Поражение суставов при псориазе у детей — большая редкость. Приводим в качестве примера два наблюдения.

Больной Ч., 11 лет, поступил в клинику 19 января 1980 г. с жалобами на слабость в нижних конечностях, быструю утомляемость, боли в коленных суставах, элементы псориаза по всему телу.

Мальчик родился от I беременности с массой тела 3600 г и развивался соответственно возрасту. В 9-месячном возрасте был выявлен врожденный порок сердца — дефект межпредсердной перегородки. Перенесенные заболевания: частые ангины, пневмония, холецистит.

Настоящее заболевание началось за полгода до госпитализации. Появились сильные головные боли, рвота, жидкий стул. В связи с этим был госпитализирован в соматическое отделение по месту жительства с диагнозом холецистита. Через 3 недели возникли слабость в ногах, утомляемость. Мальчик направлен на консультацию в Детскую республиканскую клиническую больницу МЗ ТАССР.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Температура — 36,5°. Мальчик правильного телосложения, пониженной упитанности. На коже в области локтевых суставов, голени, ягодиц и лучезапястных суставов имелись элементы псориаза различных размеров, которые появились в мае 1979 г. Со стороны костно-мышечной системы отмечены деформация коленных суставов, их болезненность, движения были несколько ограничены. Со стороны нервной систе-

мы — болезненность при поколачивании по телам позвонков в верхнем грудном и поясничных отделах позвоночника. Поверхностная и глубокая чувствительность не была нарушена. Имелась атрофия мышц бедер и икроножных мышц. Коленные и ахилловы рефлексы спастичны.

Легкие — дыхание везикулярное. Сердце — тоны ритмичные, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Границы сердца не расширены. Живот мягкий, безболезненный; печень выступала на 0,5 см из подреберья; селезенка не пальпировалась. Стул, диурез не нарушены.

На краниограмме и рентгенограмме шейного отдела позвоночника патологии не выявлено. На рентгенограмме коленных суставов обнаружен остеопороз; суставная щель не изменена.

Анализ крови: Hb — 1,9 ммоль/л, эр. — $4,54 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $8,9 \cdot 10^9$ /л, с. — 50%, э. — 2%, мон. — 2%, лимф. — 45%; СОЭ — 15 мм/ч. Общий белок — 87 г/л, содержание холестерина — 3,09 ммоль/л, саловых кислот — 0,150 ед. опт. пл., С-РБ — следы. Протеинограмма: уровень альбуминов — 60,4%, глобулинов: α_1 — 5,7%, α_2 — 5,6%, β — 11,4%, γ — 16,9%. Анализ мочи патологических изменений не выявил. Диагноз: псориаз, псориазический артрит коленных суставов, врожденный порок сердца (дефект межпредсердной перегородки).

Больной получал аспирин, витамины А, С, группы В, неробол, димедрол, диазолин, внутривенно 30% раствор тиосульфата натрия; местно на псориазические элементы 2% салициловую мазь, 5% нафталановую мазь. Ультрафиолетовое облучение — субэритемные дозы сегментарно, ЛФК.

Находился в стационаре в течение 2 месяцев. Выписан с улучшением под диспансерное наблюдение педиатра, ревматолога, дерматолога и невропатолога.

Больной Ш., 12 лет, поступил в клинику 21 ноября 1980 г. с жалобами на кожные изменения в области кистей, коленных, голеностопных суставов, на атрофию мышц в области ладоней, шелушение, выраженную сухость кожи, ограничение движений в межфаланговых суставах кистей, в лучезапястных суставах.

Мальчик болен в течение 2 лет. Заболевание развивалось постепенно: сначала появились шелушение, сухость в области кистей, через год — ограничение движений в межфаланговых и лучезапястных суставах. Болезненности не отмечал.

В течение 2 лет стоит на учете у дерматолога по поводу хронической экземы.

Мальчик родился от II беременности, вторых родов. Масса тела при рождении — 3500 г. Развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: корь, ветряная оспа, острые респираторные заболевания. Наследственность не отягощена.

Состояние при поступлении в Детскую республиканскую клиническую больницу средней тяжести. Мальчик правильного телосложения, пониженной упитанности. Кожа и волосы сухие, особенно выражена сухость на ладонях, где имелись также шелушение, трещины; ногтевые пластинки были тусклыми. В области коленных суставов (наружной поверхности), голеностопных, локтевых — элементы псориаза различных размеров. На спине и конечностях — участки депигментации. Выражена микрополидактия. Костно-мышечная система — небольшая асимметрия плеч и лопаток, деформация и ограничение движений в лучезапястных, пястно-фаланговых суставах. Выражена атрофия мышц кистей и стоп.