

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.

Легкие — перкуторно укорочение звука в нижних отделах. Дыхание несколько ослаблено с обеих сторон. Сердце — границы не расширены, тоны ритмичные, акцент II тона над легочной артерией. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не нарушены. Консультация окулиста — глазное дно без изменения.

Анализ крови: Hb — 1,86 ммоль/л, эр. — $4,37 \cdot 10^{12}/л$, л. — $4,55 \cdot 10^9/л$, п. — 1%, с. — 72%, э. — 1%, мон. — 5%, лимф. — 21%; СОЭ — 6 мм/ч. Общий билирубин — 5,8 ммоль/л, уровень холестерина — 3,6 ммоль/л, С-РБ — отрицательный, концентрация сиаловых кислот — 0,22 ед. опт. пл. Общий белок — 76,3 г/л, протеинограмма: уровень альбуминов — 47,2%, глобулинов: α_1 — 1,8%, α_2 — 10,8%, β — 7,2%, γ — 33,0%. Анализ мочи и кала патологии не выявили.

Рентгенография лучезапястных суставов и кистей — выражен остеопороз, сужена суставная щель. Диагноз: псориаз, псориатический артрит лучезапястных и пястнофаланговых суставов. Мальчик консультирован дерматологом — диагноз псориаза подтвержден.

Больному назначены пенициллин, аспирин, димедрол, диазолин, витамины А, С, группы В, адонизид, внутривенно 30% раствор тиосульфата натрия, ЛФК, массаж, ультрафиолетовое облучение — субэритемные дозы сегментарно. Местно 2% салициловая мазь, псориазин.

Состояние больного улучшалось, но очень медленно. Шелушение на ладонях осталось, трещины зарубцевались, увеличился объем движений в межфаланговых суставах. Элементы псориаза местами уменьшились. 16 февраля 1980 г. мальчик был направлен на санаторное лечение.

Представленные наблюдения демонстрируют недостаточное знакомство педиатров с клиническими проявлениями псориатической артропатии, так как в обоих случаях диагноз был определен впервые на поздних сроках заболевания.

УДК 611.711—053.2—073.75

В. С. Муругов, Ф. Х. Баширова (Казань). Возможность рентгенофотометрического индексирования костных структур грудного отдела позвоночника у детей и подростков

Произведена фотометрия 6 рентгенограмм грудного отдела позвоночника здоровых детей и подростков в возрасте от 10 до 14 лет. По одной рентгенограмме получено 9 фотограмм, всего 54. Все фотограммы оказались идентичными. Данные рентгенофотометрического анализа показали, что оптическая плотность фиксируемых на фотограмме костных структур в каждом отдельном случае относительно стабильна. Отмечена асимметрия оптической плотности костных структур: слева она выше, чем справа, особенно на уровне D₆. Оптическая плотность всех костных структур была тем выше, чем ниже располагался позвонок, то есть плотность костных структур вышележащего позвонка меньше, чем нижележащего, что объясняется наслаиванием тени органов средостения слева, особенно на уровне D₅₋₆₋₇₋₈. Во всех же остальных случаях асимметрию следует рассматривать как вариант строения.

Для точной характеристики степени асимметрии в результате патологического процесса необходимо измерить плотность мягких тканей органов средостения. Это особенно важно, если пользоваться вариантом симметричной фотометрии при односторонних патологических процессах.

При пересчете средние величины оптической плотности наслаивающихся теней мягких тканей средостения на уровне D₁ и D₁₂ составили соответственно 1,3% и 2,6%.

Сравнительная фотометрия спондилограмм способна дать точную количественную характеристику костных структур каждого позвонка в процентах оптической плотности с учетом плотности наслаивающихся теней мягких тканей органов средостения на уровне грудного отдела. Данное исследование может иметь значение для оценки выраженности структурных нарушений при сколиотической болезни.

УДК 616.328.2—006.444—053.1

В. В. Байтяков, Р. С. Гарина (Саранск). Врожденная лимфосаркома заглочного пространства у ребенка 2 месяцев

Злокачественные опухоли глотки (особенно саркомы) могут поражать и детей. Приводим описание редкого случая врожденной лимфосаркомы.

Больная С., 2 мес, поступила в реанимационное отделение 21.02.86 г. в крайне тяжелом состоянии. Девочка вялая, адинамичная. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные с цианотичным оттенком. Незначительно увеличены подмышечные и паховые лимфоузлы. Дыхание шумное, с частотой до 80 в мин, со втяжением яремной ямки и грудины на вдохе. Аускультативно дыхание значительно ослабленное, выслушиваются влажные хрипы. Перкуторный звук укорочен. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Частота сердечных сокращений — 180 уд. в 1 мин. Рентгенограмма органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли — инфильтрация очагового характера. Живот мягкий. Стул и диурез — в норме.

Родилась от II беременности с массой тела 2900 г из двойни. Со слов матери, с рождения у ребенка стридорозное дыхание. Состояние ухудшилось месяц назад: девочка стала запрокидывать головку.

Анализ крови: Hb — 1,67 ммоль/л, эр. — $2,69 \cdot 10^{12}/л$, л. — $13,7 \cdot 10^9/л$, п. — 4%, с. — 41%, лимф. — 53%, мон. — 2%; СОЭ — 4 мм/ч, гематокрит — 30%, гипохромия. Уровень калия в сыворотке крови — 2,56—4,87 ммоль/л, натрия — 160,9—143,6 ммоль/л; общий белок — 54 г/л (альбумины — 62%, глобулины — 38%), содержание мочевины — 4,9 ммоль/л. Анализ мочи: белок — следы, лейкоциты — 6—7 в поле зрения.

При фарингоскопии выявлено опухолевидное образование на заднебоковой поверхности свода от мягкого неба до надгортанника. Образование плотнотканной консистенции, покрыто неизмененной слизистой оболочкой. Голосовая щель широкая, слизистая оболочка не изменена. Поставлен диагноз: новообразование заглочного пространства, декомпенсированный стеноз гортани, правосторонняя очаговая пневмония, гипохромная анемия. Поскольку образование закрывало вход в гортань, было решено произвести назоэзофагеальную интубацию, после которой дыхание стало свободным. В пунктате опухоли определялись пролимфоциты, лимфоциты, ретикулярные клетки.

Ребенок находился на продленной назоэзофагеальной интубации до выполнения 24.02.86 г. боковой фаринготомии слева.