

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:  $\alpha_1$  — 1,8%,  $\alpha_2$  — 10,8%,  $\beta$  — 7,2%,  $\gamma$  — 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 D<sub>6</sub>. 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 D<sub>5-6-7-8</sub>. 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 D<sub>1</sub> и D<sub>12</sub> 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.