

V. A. ASTVATSATRIAN, D. V. STEFANI, A. T. KRISTOSDOURIAN
THE APPLICATION OF LEUKOCYTIC MASS AT TREATMENT OF
SEPSIS IN NEWBORNS

It has been undertaken the attempt of leukocytic mass transfusion at grave sepsis in newborns and its effect on the immunity has been studied.

It has been revealed a favourable clinical effect of transfusions and immunomodelling action of leukocytic mass.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Апанасенко Б. Е., Этин Г. Е. Военно-медицинский журнал, 1980, 9, с. 35.
2. Арибжанова И. М., Моисеева В. Г., Драверт Е. Д., Зайцева Г. А., Железнова А. Н. Педиатрия, 1981, 12, с. 42.
3. Зотиков Е. А., Тананов А. Т., Порешина Л. П. и др. В кн.: Гемотранфузионные средства при интенсивной терапии и реанимации. Киров, 1976, с. 11.
4. Лыткин М. И. Военно-медицинский журнал, 1981, 4, с. 26.
5. Музыкантова В. С., Реутова И. В. Арх. патол., 1982, 3, с. 65.
6. Нозикова В. И. Дис. докт. Витебск, 1984.
7. Островский А. Д., Воробьев А. С. Сепсис новорожденных. М., 1985.
8. Самсогина Г. А. Автореф. дис. докт. М., 1985.
9. Чебуркин А. В. Педиатрия, 1980, 4, с. 70.
10. Arnold R., Goldman S., Pflieger H. Vox. sang., 1980, 5, 253.
11. Braun W., Handrich W., Sponcher F. Zbl. Cynakol., 1984, 11, 7-5.
12. Gavlinelli R., Sizia C., Vignolo J. et al. Rev. Pediatr. Prevent., 1980, 30, 305.
13. Henrich D., Mueller-Eckardt C., Stier W. Vox. sang., 1973, 2, 442.
14. Mijakava Z., Tanigaki N., Kreiter V. P. et al. Transplantation, 1973, 15, 312.
15. Levens S., Frick G., Jhle R. Folia hemat., 1974, 101, 615.
16. Schechter J., Whang-Peng J. Blood, 1977, 4, 651.
17. Xanton M., Mandyla-Sfagon H., Matsantolis N. МРЖ 1982, V, 4, с. 8.

УДК 614.2—053.2(47.925)

С. С. АРУСТАМЯН

ОСОБЕННОСТИ ФОСФАТАЗНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ
ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ г. ЕРЕВАН

Изучение фосфатазной активности нейтрофилов периферической крови у здоровых детей в условиях г. Еревана позволило выявить зависимость данного показателя от возраста и пола ребенка и установить его региональную характеристику.

Многогранная взаимосвязь организма с внешней средой осуществляется тонкими изменениями биологически активных микроструктур, являющихся резервом естественных сил защиты организма. Из данных литературы известно, что климатогеографические, гелиомагнитные особенности каждого региона отражаются на своеобразии факторов неспецифического иммунитета [4, 5, 7], имеющих возрастные [2, 8, 11], половые [2, 8, 10, 12], сезонные [5, 6] колебания, и во многом определяют структуру заболеваемости.

Одним из показателей состояния неспецифической резистентности организма является фосфатазная активность нейтрофилов (ФАН) периферической крови, практическая ценность и высокая информатив-

ность которой при физиологических и патологических состояниях отмечены многими авторами [2, 4—12].

В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить исходный «нормальный» уровень ФАН у здоровых детей старше трех лет, проживающих в г. Ереване. Исследовано 78 здоровых детей (39 мальчиков и 39 девочек) в возрасте от 3 до 14 лет, у которых за последний месяц не отмечалось заболеваний и вакцинации. Исследование проводилось одновременно в утренние часы.

Таблица 1

Показатели ФАН (в ед. активности) у здоровых детей в условиях г. Еревана

Возраст (в годах)	Статистические показатели					
	n	M	$\pm m$	$\pm \sigma$	P ₁	P ₂
3-6	18 (60)	53,3 (91)	3,5 (5,9)	11,0 (46,1)	—	>0,001
7-9	18 (52)	29,8 (49)	1,4 (4,7)	4,5 (33,4)	>0,001	>0,001
10-12	20 (68)	25 (33)	2,5 (2,8)	8,0 (22,9)	>0,01	>0,002
13-15	18 (45)	36,0 (45)	3,1 (3,6)	10,0 (24,2)	>0,001	>0,01

Примечание. В скобках приведены данные М. Г. Шубича [8]. P₁—достоверность значения M по отношению к предыдущей группе, P₂—к данным М. Г. Шубича.

Таблица 2

Показатели ФАН (в ед. активности) у здоровых детей в условиях г. Еревана в зависимости от пола ребенка

Статистич. показатели	Возраст (в годах) и пол							
	3-6		7-9		10-12		13-15	
	м	д	м	д	м	д	м	д
n	10	10	9	9	10	10	10	10
M	51,2	55,4	30,0	36,0	23,0	27,0	31,0	38,0
$\pm m$	3,4	3,8	1,6	2,1	2,5	3,0	2,6	3,0
$\pm \sigma$	11,0	12,0	4,5	7,0	8,0	10,0	6,7	10,0
P	<0,25		<0,1		<0,25		<0,05	

О состоянии ФАН судили по уровню активности фермента щелочной фосфатазы нейтрофилов (ЩФН), определяемой в обычных мазках периферической крови по методу азосочетания в модификации Р. П. Нарциссова [6], используя в качестве субстрата α -нафтол-А МХ фосфат. Дальнейший подсчет индекса активности проводился по Кеплоу. Полученные данные (в сравнении с имеющимися в литературе [8]) приведены в табл. 1 и 2.

Результаты исследования выявили явную возрастную особенность ФАН—чем старше ребенок, тем ниже показатель активности, при этом наименьшая активность наблюдается у детей в возрасте 10—11 лет (как у девочек, так и у мальчиков) и последующее повышение—в возрастной группе 12—15 лет, что, вероятно, связано с наступлением

пубертатного периода. Разница ФАН во всех возрастных группах статистически достоверна ($p < 0,001$) и соответствует данным литературы [2, 8]. При индивидуальном анализе отмечался небольшой разброс показателей—все они укладывались в интервал $\pm 2\sigma$. Выявлена определенная зависимость ФАН от пола ребенка—некоторое повышение ЩФН у девочек по сравнению с мальчиками во всех возрастных группах, совпадающее с данными в литературе [2, 8, 10, 12]. Однако разница статистически недостоверна ($p < 0,1-0,05$). Особенностью полученных результатов является статистически достоверный ($p < 0,001$) низкий уровень ФАН во всех возрастных группах по сравнению с данными литературы [2, 8].

При характерной для юга страны относительно высокой инсоляции и обеспеченности продуктов витаминами угнетение ФАН, по-видимому, обусловлено также неблагоприятной экологической ситуацией в г. Ереване. Возможно, это и определяет синдром дисадаптации у детей и позволяет говорить о социальной очаговости возникновения патологии вследствие изменения биосферы [1, 3].

Для окончательных выводов необходимо исследование больших групп детей в различных районах г. Еревана и сельской местности с учетом размещения и характера промышленных предприятий.

Таким образом, фактор неспецифической резистентности организма у детей в г. Ереване имеет не только возрастную и половую зависимость, но и определенную региональную характеристику, что следует учитывать при проведении исследовательской работы и лечебно-профилактических мероприятий.

Кафедра педиатрии педиатрического
факультета Ереванского медицинского
института

Поступила 10/III 1989 г.

Ս. Ս. ԱՌՈՒՍԱՄՅԱՆ

ԱՌՈՂՋ ԵՐԵՅԱՆԵՐԻ ՆՅՏՐՈՖԻՆԵՐԻ ՖՈՍՖԱՏԱԶԱՅԻՆ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՆՁԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՐԵՎԱՆ ՔԱՂԱՔԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Երևան քաղաքում բնակվող 78 առողջ 3—14 տարեկան երկսեռ երեխաների մոտ որոշված է ծայրամասային արյան նեյտրոֆիլների ֆոսֆատազային ակտիվությունը ըստ հիմնային ֆոսֆատազի մակարդակի:

Նշված է ցուցանիշի կապը երեխայի տարիքի և սեռի հետ: Որպես առանձնահատկություն ընդգծված է նորմայի համեմատ ցուցանիշի ընկերակցությունը: Ենթադրվում է, որ այն, հավանաբար, արդյունք է ոչ միայն Երևան քաղաքի բնակլիմայական և աշխարհագրական առանձնահատկությունների, այլ նաև քաղաքի էկոլոգիական անբարենպաստ վիճակի և պետք է հաշվի առնվի գիտական աշխատանքների և բուժկանխարգելիչ միջոցառումների կազմակերպման ժամանակ:

THE PECULIARITIES OF PHOSPHATASE ACTIVITY OF NEUTROPHILS IN HEALTHY CHILDREN OF YEREVAN CITY

The phosphatase activity of neutrophils of peripheric blood is studied in 78 healthy children of Yerevan. The dependence of this index on the age and sex of the child is revealed and its regional characteristics is established.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айриян А. П. О социально-экологической очаговости болезней человека. Ереван, 1985.
2. Комиссарова И. А., Зивенко А. И., Петросян Р. Е. Лаб. дело, 1971, 8, с. 479.
3. Кострадымова И. Н., Илджев А. К. В кн.: Гигиенические аспекты охраны окружающей среды в связи с интенсивным развитием основных отраслей народного хозяйства. М., 1980, с. 33.
4. Ломов О. П., Тихомиров В. П. Гигиена и санитария, 1975, 6, с. 99.
5. Мамиева М. Ф. Здравоохран. Туркменистана, 1970, 12, с. 3.
6. Нарциссов Р. П. Автореф. докт. дис. М., 1970.
7. Терновская В. А. В кн.: Вопросы биоклиматологии и медицинской географии. Новосибирск, 1974, с. 72.
8. Шубич М. Г., Нагоев Б. С. Щелочная фосфатаза в норме и патологии. М., 1980.
9. Симонова Л. А. В кн.: Гигиена детей и подростков М., 1974, с. 124.
10. Bauer-Sic Acta Endocrinol., 1966, 52, 130.
11. Polishuk W. Z. Med. Gynaecol. Sociol., 1971, 6, 19.
12. Horner K., Elidan J., Sadovsky E. et al. J. Perin Med., 1975, 3, 68.

УДК 616.36—002.14—053.2

С. И. ХАЧАТРЯН

ВЛИЯНИЕ ДИЦИНОНА НА НЕФЕРМЕНТАТИВНЫЙ
ФИБРИНОЛИЗ И КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЕ ГЕПАРИНА
ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ «В» У ДЕТЕЙ

Проведено обследование больных с вирусным гепатитом «В», в комплексной терапии которых применялся дицинон. Показано, что при тяжелых формах болезни с геморрагическим синдромом и без него отмечается высокий уровень комплексообразования гепарина с катехоламинами и тромбогенными белками крови, что сопровождается повышением общей фибринолитической активности, особенно ее неферментативной фазы. Применение дицинона ускоряет процесс нормализации фибринолиза.

Значительное увеличение числа больных вирусным гепатитом «В» и связанные с ним осложнения по типу геморрагических проявлений делают актуальной проблему этой инфекции, что, в свою очередь, требует незамедлительной терапевтической коррекции.

В эксперименте установлено, что определяемая до сих пор фибринолитическая активность крови характеризует только общую фибринолитическую активность. Фибринолиз при этом проходит две фазы: ферментативную и неферментативную [1]. Одновременно было показано, что уровень неферментативного фибринолиза характери-