

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ДЕТЕЙ

Поражение желчевыводящей системы (ЖВС) при периодической болезни (ПБ) встречается в любом периоде заболевания. Наиболее частым при этом является развитие дискинезий желчевыводящих путей [3, 6, 12, 14]. В свою очередь, нарушение желчевыделения впоследствии может привести к хроническому холециститу [2, 5]. По данным В.А.Аствацатрян и Е.Х.Торосян, у детей при ПБ дискинезии желчевыводящих путей встречаются в 6,3%, холециститы в 8,1% случаев. Эти холепатии не только осложняют в целом течение ПБ, но и утяжеляют выраженность абдоминальных приступов. Вероятность холепатии связывается с длительностью жалоб на боли в животе. Вместе с тем холепатии у детей могут протекать без выраженной манифестации, выявляться в качестве случайной находки при обследовании ребенка.

Имеющиеся сведения в отечественной и зарубежной литературе о характере поражения ЖВС и их патогенезе при ПБ у детей в основном составлены на основании общеклинических наблюдений и рентгенологических исследований. В педиатрии почти отсутствует характеристика общего и местного иммунитета при холепатии у детей с ПБ, что затрудняет раннюю диагностику, лечение и профилактику поражений ЖВС.

Целью данного исследования являлось комплексное изучение состояния общего и местного иммунитета при поражении ЖВС у детей с активной абдоминальной формой ПБ и у больных хроническим холециститом.

Под нашим наблюдением находилось 63 ребенка с ПБ в возрасте 3-14 лет. Из них 60 детей были с абдоминальной формой ПБ и 3 - со смешанной. Из сопутствующих клинических проявлений у 5 больных был суставной синдром с поражением суставов разного калибра, у 4 детей - кожный синдром, у 10 детей отмечались неврологические проявления в виде вегетативной дистонии (8) и неврастении (2). Поражение почек диагностировано у 7 детей: транзиторная протеинурия (0,66-0,99⁰/100) наблюдалась у 6, мочекаменная болезнь - у одного ребенка. Кроме того, у отдельных больных был диагностирован хронический гастрит, хронический гастродуоденит, дуоденит. Осложненное течение эндокринопатией с отставанием в физическом и половом развитии отмечено у 2 детей. Фебрильные кризы с подъемом температуры до 39-40⁰ наблюдались у четырех детей. У большинства больных (59,7%) частота приступов была умеренной и колебалась от 1-2 раз в неделю до 3-7 раз в год. Ни в одном случае не наблюдался status periodicus. В стационаре больные находились в приступном периоде и в периоде относительной ремиссии. У 20,7% детей периодическая болезнь началась на первом году жизни, у 41% - в возрасте 3 года, у 39,1% - в возрасте 5-7 лет. У 5 детей начало заболевания выяснить не удалось. Отягощенная наследственность отмечена у 27% детей: у 20% - 1 степень родства, у 2% - II и у 5% - I-II.

Как показали наши наблюдения, абдоминальный синдром был ведущим в клинике заболевания. Боли в животе носили приступообразный характер, локализовались в основном в эпигастриальной области, пилорoduodenальной зоне и области правого подреберья. Характерным для приступа болей в животе

было их сочетание с тошнотой, рвотой, обязательным подъемом температуры до фебрильных цифр ($38,5-39,0$) и ускорением СОЭ до $30-65$ мм/час. У отдельных больных отмечалась иррадиация боли в правое плечо. Во время приступа у 7 детей наблюдались запоры, у 2 - диарея. Связи с приемом пищи болевой синдром, как правило, не имел. Наши наблюдения по характеристике абдоминального синдрома в клинике ПБ у детей совпадают с наблюдениями других авторов [7, 8, 9].

Анализ анамнестических данных и клинических наблюдений показал, что основными дифференциальными признаками при болях в животе у детей с ПБ и холециститом в периоде обострения была меньшая выраженность интенсивности боли при холецистите с температурной кривой, не достигающей таких цифр как при ПБ ($39-40^0$). При этом при холецистите боль также иррадиировала в подлопаточную область. При ПБ болевой приступ имел меньшую продолжительность (максимум 40-48 часов) при 48-50 часах при холециститах, а по окончании приступа дети в большинстве случаев становились практически здоровыми. Лишь у 7 детей с большой продолжительностью ПБ оставались боли в животе в виде тяжести в эпигастальной области или тупой боли в области правого подреберья, у одного ребенка длительное время держалась общая слабость, причем, одинаково часто в обеих группах развитию пароксизма предшествовала какая-либо респираторно-вирусная инфекция. Если при холециститах в 25% случаев приступ болей в животе развивался после нарушений в диете, то при ПБ такой взаимосвязи, как правило, не отмечалось. Необходимо подчеркнуть, что типичным ведущим признаком болевого синдрома при ПБ является его периодичность, чего нельзя отметить при холецистите.

У больных с холециститом мы не наблюдали ускорения оседания эритроцитов более 40 мм/час, а также увеличения СОЭ в периоде ремиссии, в то время как при ПБ таких больных было 6.

При изучении состояния иммунитета наряду с тщательным анализом клинико-анамнестических данных определялось содержание иммуноглобулинов основных классов (А, М, G) в сыворотке крови. У 20 детей с ПБ для характеристики местного иммунитета в системе желчевыделения определяли уровень иммуноглобулинов классов А, М и G, секреторного IgA в порции "В" желчи. С целью дифференциальной диагностики параллельно изучались данные параметры у 20 детей с хроническим холециститом. Иммуноглобулины определялись методом радикальной иммунодиффузии по Mancini.

Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови представлено в табл. 1. Контролем служили данные Т.В. Фокиной и соавт. [10], полученные у 30 практически здоровых детей того же возраста.

Таблица 1
Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови у детей в периоде пароксизма ПБ и обострения хронического холецистита (г/л)

Показатель	IgA	IgM	IgG
ПБ (n=22)	$1,56 \pm 0,02$	$2,23 \pm 0,11$	$13,54 \pm 0,44$
Хр. холецистит (n=20)	$1,3 \pm 0,01$	$1,10 \pm 0,02$	$12,90 \pm 0,1$
P	$< 0,01$	$< 0,01$	$< 0,005$
Здоровые (n=30)	$1,42 \pm 0,03$	$1,07 \pm 0,03$	$10,99 \pm 0,16$

Из таблицы видно, что при ПБ и холецистите отмечается увеличение содержания в сыворотке крови основных классов иммуноглобулинов, однако уровень их при ПБ выше, чем при холецистите, особенно IgG ($P < 0,05$). Полученные результаты, отражая активность патологического процесса, указывают на защитно-приспособительный характер иммунной системы при обоих заболеваниях, причем более выраженный при ПБ.

Наши результаты отличаются от данных полученных А.В.Шахсуваровым с соавторами [11], указывающих на отсутствие в сыворотке изменений в содержании иммуноглобулинов при ПБ у детей. Не можем мы подтвердить и результатов В.А.Аствацатриана и Е.Х.Торосян [5] о снижении концентрации IgM у детей в разгаре приступа ПБ. Возможно, это связано с обследованием разного контингента больных в зависимости от давности и фазности заболевания.

При обсуждении имеющихся у детей с ПБ и холециститом отклонений в показателях местного гуморального иммунитета получены данные, характеризующие содержание иммуноглобулинов, а также секреторного IgA в порции "В" желчи (табл.2).

Таблица 2

Содержание иммуноглобулинов в порции "В" желчи при ПБ и холецистите у детей (г/л)

Показатель	IgA	SIgA	IgM	IgG
ПБ (n=20)	0,07±0,02	0,15±0,01	0,03±0,008	0,02±0,007
Холецистит (n=20)	0,15±0,01	0,23±0,015	0,10±0,008	0,12±0,008
P	<0,01	<0,005	<0,001	>0,1
Здоровые (n=30)	0,06±0,02	0,15±0,008	0,01±0,007	0,05±0,008

Приведенные в таблице данные указывают на активацию местного иммунитета при ПБ и холецистите. Однако видны отчетливые различия в реакциях местного иммунитета при данных заболеваниях: при выраженной воспалительной реакции, присущей холециститу, в 2 раза и более повысилось содержание в желчи IgA и IgM, в меньшей степени IgG. Значительным было увеличение и секреторного IgA - более чем в 1,5 раза ($p < 0,02$). В то же время при ПБ уровень SIgA оставался в норме, а концентрация IgG даже снизилась. Объяснение этому мы видим в своеобразном состоянии желчного пузыря при ПБ. Индивидуальный анализ и сопоставление с результатами УЗ-исследования подтверждают наше толкование: ни у одного ребенка с нормальным или только незначительно увеличенным уровнем иммуноглобулинов в желчи "В" при ПБ не были утолщены стенки желчного пузыря, в отличие от холецистита, где рентгенологическая картина иная (неровные контуры, затруднение смещаемости желчного пузыря и т.д.).

Таким образом, мы получили результаты, дающие возможность, помимо клинических данных, более детально дифференцировать болевой синдром при ПБ и холециститах у детей.

В то же время, сдвиги в уровне иммуноглобулинов при ПБ и холецистите, свидетельствуя о нарушении иммунной системы, отражают особенности патогенетических механизмов заболеваний, при которых развитие аллергического состояния и воспалительных очагов в различных органах должно настораживать врача.

Полученные данные позволяют рекомендовать определение уровня имму-

ноглобулинов трех классов и секреторного иммуноглобулина в сыворотке крови и в порции желчи "В" для объективной оценки состояния местного и общего иммунитета при хроническом холецистите и периодической болезни у детей

Кафедра педиатрии лечебного факультета
Ереванского медицинского института

Поступила 15.07.1991г.

**Ս.Ռ.Իբոյան, Մ.Գ.Ասլանյան, Է.Մ.Թադևոսյան, Ս.Մ.Արմագանյան,
Մ.Գ.Յարալյան, Լ.Ա.Նազարետյան**

**ՑԱՎԱՑԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻԾԻ ԿԼԻՆԻԿԱԻՄՈՆԻԱԲԱՆԱ-
ԿԱՆ ԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ - ԱԽՏՈՐՈԾԻՉ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ
ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՅԻԹՅԱՆ ԵՎ
ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԽՈԼԵՑԻՍՏԻՏԻ ԴԵՊՐՈՒՄ**

Մեր ուսումնասիրության նպատակը ընդհանուր և տեղային իմունիտետի վիճակի համադրված հետազոտությունն է այն երեխաների մոտ, որոնք տառապում են ՊՀ- ակտիվ ոչովայնային ձևով, ունեն ԼՄՀ-ի ախտահարում, կամ ունեն խրոնիկական խոլեցիստիտ:

Պարզվել է, որ ՊՀ և ԼՄՀ-ի ախտահարումների ժամանակ նշանակալիցում ունի ընդհանուր և տեղային իմունիտետի համադրված հետազոտությունը, ըստ որի ՊՀ ժամանակ իմունոգլոբուլինների պարունակությունը արյան շիճուկում ավելի է, քան խոլեցիստիտի ժամանակ:

Այսպիսով, ստացված տվյալները թույլ են տալիս որոշել տեղային իմունիտետի վիճակը:

**S.R.Iboyan, M.G.Aslanian, E.M.Tatevossian, S.M.Armaganian,
M.G.Yarallian, L.A.Nazaretian**

CLINICO-IMMUNOLOGIC DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF PAIN SYNDROME AT PERIODIC DISEASE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS IN CHILDREN

The state of general and local immunity has been studied in children with affection of the biliar system at active form of periodic disease and in patients with chronic cholecystitis. The data obtained show a rise of the level of immunoglobulins, especially IgG, more expressed at periodic disease than in case of cholepathies.

There are revealed as well obvious shifts in reaction of the local immunity. In case of cholecystitis the level of IgM and IgA is acutely increased, while at periodic disease SIgA level is in norm and IgG is even decreased.

The data obtained will allow to estimate correctly the state of the immunity in patients with these pathologies.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболенская А.В. Система пищеварения здоровых детей Горький, 1981.
2. Агаджанян В.В. Тер. архив, 1963, 35, 6, с.73.
3. Агаджанян В.В. Врач. дело, 1966, 8, с.9.
4. Арутюнян В.М., Еганян Г.А., Мартиросян Р.С. Врач.дело, 1985, 1, с.20.
5. Аствацатрян В.А., Торосян Е.Х. Периодическая болезнь у детей. Ереван, 1989.
6. Виноградова О.М. Периодическая болезнь. М., 1973.
7. Ибоян С.Р., Петросян Р.Е., Минасян Р.М. и др. Пробл. терапии (мат. I съезда терапевтов Армении, Ереван, 1974, с.19.

8. Ибоян С.Р., Петросян Р.Е., Армаганиян С.М. Тез.докл. II съезда педиатров Армении. Ереван, 1979, с.277.
9. Торосян Е.Х. Афтореф. дис.канд. Ереван, 1986.
10. Фокина Т.В. Вестн. АМН СССР, 1978, 7, с.34.
11. Шахсуваров А.В., Киракосян С.Е., Гамбаров С.С. и др. В кн.: Иммунология и иммунопатологические состояния у детей (тез.докл. Всес.научн.конф.) М., 1983, с.228.
12. Яралян М.Г. Афтореф. дис. канд. Ереван, 1990.

УДК 616.981.21

Н.Д.Вартазарян, М.Р.Тер-Каспарова, Р.С.Амбарджанян, А.С.Азнаурян,
Д.А.Саркисян

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ "В"

В последние годы интерес к стрептококку группы В значительно возрос. Имеются работы, указывающие на его роль в этиологии заболеваний урогенитального тракта, сепсиса, менингита, эндокардита, артрита [1, 5, 6, 8, 10, 11]. Описаны единичные случаи В-стрептококкового тонзиллофарингита, трахеита [7, 8]. Имеются работы по гистопатологии бактериальной и L-форм стрептококка группы В в условиях эксперимента [2, 4].

Работ, посвященных гистопатологии В-стрептококковой инфекции у человека в литературе мы не обнаружили.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологии иммунной системы и внутренних органов животных при длительной инфекции, вызванной стрептококком группы В, для выявления органопатологии инфекционного процес

Материал и методы

Беспородные белые крысы (120) заражались внутрибрюшинно одно- и трехкратно с интервалом в 2 недели и 1 месяц 18-часовой бульонной культурой бактериальной формы стрептококка группы В в дозе 600 млн микробных тел в 1 мл физиологического раствора. Животные декапитировались через 24 ч, 1, 2 недели /ранние сроки/, 1, 3 месяца /средние сроки/, 6 месяцев и 1 год /поздние сроки/. Кусочки из сердца, легких, печени, почек, лимфатических узлов, тимуса и селезенки фиксировались в нейтральном формалине и жидкости Карнуа, а также в глутаральдегиде для электронно-микроскопического исследования. Срезы окрашивались общепринятыми гистологическими и гистохимическими методами, а также азур-2 эозином и по Грамму в модификации Н.Д.Вартазаряна [2] для выявления микробных тел. Количество микробов в срезах определяли методом подсчета коротких и длинных цепочек и колоний стрептококка при увеличении объектива х 90.

Результаты и обсуждение

Исследование показало, что во все сроки эксперимента в тканях обнаруживаются цепочки и колонии стрептококка, количество которых в средние и особенно поздние сроки значительно уменьшается.

Морфологические изменения в тканях сердца и легких инфицированных животных имели полиморфный характер, что свидетельствует о волнообраз-