

вило, между ними имеется корреляционная зависимость, которая отображает непосредственную метаболическую взаимосвязь между этими соединениями. Исходя из данных литературы, при курении эта взаимосвязь нарушена [2,4]. Поэтому и затруднительно на настоящем этапе объяснить причину наблюдаемого явления. В любом случае, увеличение в выдыхаемом воздухе при курении активных метаболитов оксида азота, к которым относятся нитриты и нитраты, на фоне понижения рН является неблагоприятным явлением. В частности, оно способствует повреждению эпителиальных клеток легких.

#### **Литература**

1. Van der Vliet A, Eiserich JP, Shigenaga MK, et al. Reactive nitrogen species and tyrosine nitration in the respiratory tract. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1–9.
2. Kharitonov SA, Robbins RA, Yates D, et al. Acute and chronic effects of cigarette smoking on exhaled nitric oxide. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:609–12
3. Robbins RA, Millatmal T, Lassi K, et al. Smoking cessation is associated with an increase in exhaled nitric oxide. *Chest* 1971;12:313–8.
4. Chambers DC, Tunnicliffe WS, Ayres JG. Acute inhalation of cigarette smoke increases lower respiratory tract nitric oxide concentrations. *Thorax* 1998; 53:677–9.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*А.Н. Пилинович, И.В. Шиленков*

Научный руководитель – к.м.н., доцент *Т.А. Лашковская*  
*Гродненский государственный медицинский университет*

В структуре злокачественных опухолей у детей нефробластома (опухоль Вильмса) занимает 4-ое место, уступая гемобластозам, новообразованиям ЦНС и саркомам мягких тканей и костей [2]. Частота ее составляет от 0,4 до 1,0 на 100 000 детей [3]. Данная опухоль поражает преимущественно ранний детский возраст и имеет значительные трудности в диагностике [1, 2, 4]. Это придает актуальность данной проблеме в педиатрии, детской хирургии и онкологии.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей анамнеза, клинической картины и ранней диагностики нефробластомы у детей.

Под наблюдением находилось 23 ребенка в возрасте от 1 месяца до 12 лет, госпитализированных в Гродненскую областную клиническую больницу в течение последних 10 лет. Из обследованных больных было 13 девочек (57,0%) и 10 мальчиков (43,0%). 21 ребенок (91,0%) родился от доношенной беременности в срок, с массой тела  $3200 \pm 150,0$ , двое детей родились недоношенными в сроке 30-32 недель беременности. От первой беременности родилось 9 детей (39,0%), от второй беременности - 12 (52%), от третьей – 2 ребенка.

При сборе анамнеза установлено, что 98% обследованных детей переболели острыми респираторными заболеваниями, трое (13%) – пневмонией, двое – перенесли корь, два ребенка – ветряную оспу, у двух недоношенных детей диагностирована гидроцефалия. Следует отметить, что из 23 наблюдаемых нами детей 16 (70%) были жителями различных районов Гродненской области и 7 (30%) жителями города Гродно. В возрасте до 1 года заболело 4 детей (17%), от 1 до 3 лет – 6 (26%), в дошкольном возрасте – 4 (17%), в школьном возрасте – 9 (40%) детей. У 67% детей первым признаком заболевания явилось наличие опухоли в брюшной полости. Жалобы на боли в животе предъявляло только два ребенка старшего возраста. У каждого третьего ребенка при обследовании в анализах мочи выявлена микрогематурия, у 26% - лейкоцитурия и протеинурия. Изменения в анализах крови в виде ускоренной СОЭ имели место у 15 (65%) наблюдаемых нами детей. У половины детей выявлена анемия различной степени тяжести.

Всем детям проведено ультразвуковое исследование почек, подтверждающее в 100% случаев наличие опухоли почки; на экскреторной урографии изменения были выявлены только у 32% детей; у 21% детей диагноз подтвержден на компьютерной томографии. У 13 детей (57%) имела место левосторонняя, а у 9 (39%) – правосторонняя локализация опухоли Вильмса. У одного ребенка опухоль локализовалась в обеих почках. У 3 детей (13%) при углубленном обследовании выявлены метастазы.

Таким образом, для ранней диагностики опухоли Вильмса у детей при каждом обращении ребенка в поликлинику необходима тщательная пальпация живота с последующим проведением анализов мочи и крови, ультразвукового исследования почек.

#### **Литература**

1. Дурнов Л.А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1995. - № 4. – С. 10-13
2. Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В., Сигел С.Т. Настольная книга детского онколога. – М., 1994. – 243с.
3. Ломаченко И.Н. Диагностика и лечебная тактика при нейро- и нефробластомах в условиях детской хирургической клиники// 1-й Междунар. симпозиум. – М., 1995. – С. 61-62.
4. Минаев С.В. Злокачественные опухоли почек у детей// Материалы научно-практической конференции “Детская урология и перспективы ее развития”. – М., 1999. – С. 68-69.

## **СЕЗОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ТОНКОКИШЕЧНОЙ ЛАКТАЗЫ И СОДЕРЖАНИЯ ФЕРРИТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*А.А. Чеснокова*

Научный руководитель – к.м.н. *В.А. Жемойтяк*  
*Гродненский государственный медицинский университет*

Данные литературы, касающиеся изменений частоты обострений хронической гастродуоденальной патологии и язвенной болезни, в частности в зависимости от времени года, не всегда совпадают. Одни авторы отмечают более частое обострение данной патологии осенью и весной, а другие нет. В работах последних лет показано, что сезонный характер обострений имеется не у всех, а только у части больных [2,3].

Воспалительные, дистрофические и особенно атрофические изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки неизбежно сопровождаются нарушениями всасывания. Классическим примером этой патологии является синдром мальабсорбции, при котором нарушается поступление через слизистую оболочку тонкой кишки одного или нескольких питательных веществ. Он может быть первичным и вторичным. Крайне важно, что мальабсорбция сопровождается атрофией слизистой оболочки тонкой кишки с трансформацией всасывающего эпителия. Показано, что отмечается тесная связь между тяжестью клеточной инфильтрации и степенью ферментного дефицита [3]. Изменениям ферментативной активности дисахаридаз соответствуют колебания уровня митозов в люберкуновых криптах и миграция эпителиальных клеток по краям ворсинок, таким образом, по ней можно судить о регенеративных процессах [3]. У детей с хронической гастродуоденальной патологией имеется высокая частота выявляемости лактазной недостаточности [1]. В доступной литературе отсутствуют данные, касающиеся изменений активности лактазы и уровня ферритина в сыворотке крови у детей с хронической гастродуоденальной патологией в различное время года, что послужило поводом для нашего исследования.

Под наблюдением находилось 244 ребенка в возрасте от 5 до 15 лет. Концентрацию ферритина определяли иммунорадиометрическим методом с йодом-125 (наборы “ИРМО-Ферритин” ИБОХ АН Беларуси). Активность тонкокишечной лактазы оценивали с помощью гликемической кривой. Лактозу вводили энтерально из расчета 1г на 1 кг массы тела (не более 50г) растворенную в кипяченой воде. За норму принимали повышение гликемии после нагрузки не менее чем на 1,1ммоль/л [1].

Для выявления влияния сезонных факторов на уровень ферритина у детей с хронической гастродуоденальной патологией проведено определение среднего содержания ферритина в сыворотке крови и активности тонкокишечной лактазы в течение года. Выявлено, что изучаемые показатели изменялись в течение года. Как видно из таблицы, самый высокий уровень ферритина в сыворотке крови и активность лактазы отмечены в летние месяцы. Первое снижение данных параметров наблюдалось в марте-апреле, а второе начиналось в сентябре и продолжалось до декабря.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в осенне-зимний период года наибо-