

необходима топическая диагностика для назначения целенаправленной терапии на самых ранних сроках, причем непременно с учетом локализации повреждения.

УДК 577.175.47:616—053.36—022.361

Т. В. Коваленко, Э. М. Шакирова (Устинов). Уровень паратиреоидного гормона у детей раннего возраста

Целью данного исследования являлось определение концентрации паратгормона (ПТГ) в крови у здоровых детей раннего возраста в сопоставлении с показателями фосфорно-кальциевого обмена.

Обследовано 38 здоровых детей (23 мальчика и 15 девочек) в возрасте от 2 мес до 1,5 лет. До 6 мес было 13 детей, от 6 мес до года — 16, от года до 1,5 лет — 9. Содержание паратгормона в сыворотке крови определяли радиоиммунологическим методом с использованием набора «PTH-Ria» (Бельгия), концентрацию общего кальция в сыворотке крови — по Вичеву и Каракашову, неорганического фосфора — по Дозе.

Существенных возрастных различий в концентрации паратгормона в крови у детей до 1,5 лет не выявлено ($P > 0,05$), однако отмечена тенденция к нарастанию его уровня с возрастом: до 6 мес — $1,78 \pm 0,34$, мед/мл, от 6 мес до года — $2,11 \pm 0,40$, от года до 1,5 лет — $2,50 \pm 0,34$. Наиболее низкие показатели ПТГ наблюдались у детей до 3 мес ($1,54 \pm 0,35$ мед/мл). В целом у детей первого года жизни содержание ПТГ в крови находилось в пределах $1,96 \pm 0,26$ мед/мл.

Содержание кальция в крови у детей старше года было несколько ниже ($2,47 \pm 0,04$ ммоль/л, $P > 0,05$), чем у детей до 6 мес и от 6 мес до года ($2,61 \pm 0,10$ и $2,62 \pm 0,07$ ммоль/л соответственно). Возрастная же динамика концентрации фосфора крови имела однонаправленный с ПТГ характер: у детей до 6 мес — $1,57 \pm 0,07$ ммоль/л, от 6 мес до года — $1,70 \pm 0,08$, от года до 1,5 лет — $1,70 \pm 0,11$ ($P > 0,05$). При проведении корреляционного анализа установлена связь концентрации ПТГ с уровнем кальция крови ($r = -0,36$, $P < 0,05$). Взаимосвязь концентрации ПТГ и фосфора крови не была существенной ($r = 0,14$, $P > 0,05$).

Нами проведен анализ уровня паратгормона в крови в зависимости от профилактики рахита с выделением 3 групп детей. В группе А (7 чел.) специфическая профилактика рахита не проводилась; в группе Б (7 чел.) была выполнена антенатальная профилактика (курс ультрафиолетового облучения в последние месяцы беременности), в группе В (10 чел.) — постнатальная профилактика витамином D в дозе 400 МЕ в сутки. Концентрация ПТГ была значительно ниже ($P < 0,01$) у детей группы А ($1,17 \pm 0,23$ мед/мл), чем Б ($3,00 \pm 0,49$ мед/мл) и В ($2,59 \pm 0,38$ мед/мл). Достоверных различий в содержании электролитов не выявлено.

Наши данные свидетельствуют о том, что уровень паратгормона в крови у здоровых детей до 1,5 лет зависит от концентрации кальция.

УДК 616.391:577.161.2—053.36—078.74:612.112.31

С. В. Мальцев, Л. Н. Заболотная, Р. И. Литвинов (Казань). Уровень фибронектина в крови больных рахитом

Имеются единичные сообщения об изменении уровня фибронектина в крови при нарушении процесса костеобразования у взрослых.

Целью настоящей работы являлось изучение содержания фибронектина в крови здоровых детей раннего возраста и больных различными формами рахита. Обследовано 28 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет: 19 здоровых и 9 детей с различными формами рахита. Уровень фибронектина в плазме крови определяли иммунохимическим методом. Состояние фосфорно-кальциевого обмена оценивали по содержанию в крови неорганического фосфора, кальция, магния и активности щелочной фосфатазы.

Установлено, что у здоровых детей содержание фибронектина составляет в среднем $147,5 \pm 13,7$ мкг/мл (у взрослых в плазме крови в норме содержится около 300 мкг/мл фибронектина). Воз-

Содержание фибронектина в крови детей с различными формами рахита

Фамилия больного	Форма заболевания	Возраст	Уровень фибронектина, мкг/мл
С-на	Минералодифицитный рахит	1 год 2 мес	80
К-ова		9 мес	85
З-ов	Фанкони — Дебре — де Тони	3 года	19
М-ев		3 года	16
П-ва		3 года	95
Д-ев	Витамин-D-зависимый рахит	2 года	37
М-ва		1 год 6 мес	200
Н-ин		2 года	140
И-ва		3 года	60

растных различий в концентрации фибронектина внутри исследованной группы детей не выявлено: до 6 мес — $155,8 \pm 15,5$, от 6 мес до 1 года — $166,0 \pm 33,0$, старше 1 года — $145,0 \pm 17,2$ мкг/мл. Результаты определения уровня фибронектина у больных рахитом представлены в таблице.

Как видно из таблицы, при всех формах рахита обнаружено снижение концентрации фибронектина в крови. Его содержание составило в среднем $81,3 \pm 13,7$ мкг/мл, что меньше, чем у здоровых ($P < 0,02$). Следует отметить, что у 2 детей с витамин-D-зависимым рахитом содержание фибронектина в крови было высоким, что, по-видимому, связано с интенсивным лечением препаратами витамина D. Полученные результаты впервые указывают на возможное участие фибронектина в патогенезе рахита.

УДК 616.24—002.1.053.37—076.5:616.155.3

**Л. А. Кузнецова, О. И. Пикуза, Р. А. Закирова, Л. Я. Александрова (Казань).
Значимость лейкоцитарного индекса при пневмонии у детей раннего возраста**

Лейкоцитарный индекс по Кальф-Калифу рассчитывается следующим образом:

$$ЛИ = \frac{(4 Мн + 3 Ю + 2 П + С) \cdot (Пл + 1)}{(Мо + Л) \cdot (\mathcal{E} + 1)}, \text{ где}$$

Ми — миелоциты, Ю — юные, П — палочкоядерные, С — сегментоядерные нейтрофилы, Пл — плазматические клетки, Мо — моноциты, Л — лимфоциты, Э — эозинофилы.

У 23 здоровых детей в возрасте от 2 мес до 3 лет ЛИ равняется $0,15 \pm 0,03$.

Под наблюдением находились 119 детей с пневмонией. 50 больных были в возрасте от 1 мес до 1 года, 48 — от 1 года до 2 лет, 21 — от 2 до 3 лет. У всех больных диагноз пневмонии был рентгенологически подтвержден. У 101 ребенка диагностирована очаговая бронхопневмония; у 44,5% из них она была неосложненной; у 19,8% патологический процесс носил сливной характер; у 25,7% осложнился обструктивным бронхитом, у 9,9% — сердечно-сосудистым и нейротоксическим синдромами. У 12 детей на фоне бронхопневмонии наблюдалось развитие гнойного плеврита. Полисегментарная бронхопневмония была выявлена у 18 больных. У большинства детей воспалительный процесс в легких развивался на фоне ОРЗ, в этиологической структуре которых доминировали, по данным иммунофлуоресцентного и серологического обследования, адено- и респираторно-синцитиальный вирусы. Из сопутствующих заболеваний часто отмечались рахит, гипотрофия, анемия, паратрофия. Более $\frac{2}{3}$ больных были госпитализированы в первые 3 дня от начала болезни. В период пребывания в стационаре у 32 детей наблюдалось ухудшение состояния в связи суперинфекцией ОРВИ, причем у 11 из них развивался рецидив пневмонии. Большинство (107) леченных были выписаны домой с выздоровлением, у 11 детей состояние улучшилось, 1 ребенок умер.

Особенности изменения ЛИ при различных клинических формах пневмонии представлены в таблице.

Лейкоцитарный индекс, число лейкоцитов и СОЭ при пневмонии у детей раннего возраста

Бронхопневмония	п	Возраст больных					
		от 1 мес до 1 года			от 1 года до 3 лет		
		ЛИ	Л · 10 ⁹ в 1 л	СОЭ, мм/ч	ЛИ	Л · 10 ⁹ в 1 л	СОЭ, мм/ч
Очаговая неосложненная	45	$0,17 \pm 0,06$	$10,4 \pm 2,2$	$16,7 \pm 3,3$	$0,50 \pm 0,12$	$9,1 \pm 1,7$	$18,8 \pm 2,8$
с обструктивным синдромом	26	$0,29 \pm 0,08$	$10,5 \pm 2,2$	$14,8 \pm 2,7$	$0,32 \pm 0,06$	$7,4 \pm 0,9$	$18,0 \pm 4,1$
с токсическими синдромами	10	$1,19 \pm 0,06$	$13,2 \pm 3,4$	$17,7 \pm 4,3$	$1,80 \pm 0,50$	$14,1 \pm 2,5$	$13,0 \pm 4,7$
сливная	20	$4,10 \pm 2,80$	$20,2 \pm 5,5$	$23,2 \pm 5,1$	$1,92 \pm 0,36$	$15,2 \pm 3,9$	$43,6 \pm 9,7$
сегментарная	18	$0,64 \pm 0,11$	$9,1 \pm 2,7$	$31,7 \pm 6,1$	$1,63 \pm 0,80$	$13,4 \pm 2,6$	$28,4 \pm 3,4$
Контроль	23	$0,11 \pm 0,01$	$10,7 \pm 0,5$	$5,0 \pm 1,1$	$0,16 \pm 0,03$	$7,4 \pm 0,6$	$5,1 \pm 1,0$

При благоприятном течении воспалительного процесса ЛИ не превышал 0,5. Высокий ЛИ у детей с токсическими синдромами (до 3,8) нередко сочетался с нормальным числом лейкоцитов или умеренным лейкоцитозом в периферической крови, с малоизмененными показателями СОЭ. Это свидетельствует о высокой информативности гематологического анализа и доказывает важность внедрения подобного метода расчета в педиатрическую практику.