

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 ± 0,06	10,4 ± 2,2	16,7 ± 3,3	0,50 ± 0,12	9,1 ± 1,7	18,8 ± 2,8
с обструктивным синдромом	26	0,29 ± 0,08	10,5 ± 2,2	14,8 ± 2,7	0,32 ± 0,06	7,4 ± 0,9	18,0 ± 4,1
с токсическими синдромами	10	1,19 ± 0,06	13,2 ± 3,4	17,7 ± 4,3	1,80 ± 0,50	14,1 ± 2,5	13,0 ± 4,7
сливная	20	4,10 ± 2,80	20,2 ± 5,5	23,2 ± 5,1	1,92 ± 0,36	15,2 ± 3,9	43,6 ± 9,7
сегментарная	18	0,64 ± 0,11	9,1 ± 2,7	31,7 ± 6,1	1,63 ± 0,80	13,4 ± 2,6	28,4 ± 3,4
Контроль	23	0,11 ± 0,01	10,7 ± 0,5	5,0 ± 1,1	0,16 ± 0,03	7,4 ± 0,6	5,1 ± 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.