

аускультативных и перкуторных изменений в легких тоже оказалась достаточно высокой ( $I=1,71$ ;  $I=2,18$ ).

Клинические анализы крови произведены у 150 больных, в том числе у 69 с пневмонией. Информативность данных о количестве лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов для дифференциальной диагностики ОРЗ и пневмонии составила соответственно 0,66, 0,52, 0,75.

Итак, в клинической симптоматике острых респираторных заболеваний наиболее информативны для диагностики осложненной пневмонией появление одышки, цианоза носогубного треугольника, аускультативные и перкуторные изменения

в легких. Данные морфологического исследования периферической крови при ОРЗ и пневмониях у новорожденных весьма противоречивы, ряд этих показателей несет в себе определенную информацию, но не всегда позволяет судить о состоянии реактивности, защитно-адаптационных возможностях организма новорожденного при этой патологии.

Признаки и их дифференциальная информативность	Диапазоны признаков	Диагностические коэффициенты
Количество нейтрофилов в лейкоцитарной формуле $I = 0,52$	20—29	—3
	30—39	—2
	40—49	0
	50—59	+1
	60—69	+3
70—79	+6	
Количество лимфоцитов в лейкоцитарной формуле $I = 0,75$	14—23	+5
	24—33	—1
	34—43	—1
	44—53	—2
	54—63	0
	64—73	+6

УДК 616.24—002—053.3:616.155.3:577.15

#### М. Б. Колесникова, Л. С. Мякишева, М. М. Килина (Ижевск). Внутриклеточные ферменты лейкоцитов крови при затяжной пневмонии у детей

Под наблюдением находилось 120 детей (возраст — от 6 мес до 3 лет) с затяжной пневмонией. У всех детей наряду с тщательным анамнестическим, клинико-лабораторным, рентгенологическим и бронхологическим исследованием определяли активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и альфа-глицерофосфатдегидрогеназы ( $\alpha$ -ГДДГ) в лимфоцитах с подсчетом гранул формазана (продукта реакции) на 1 лимфоцит; активность щелочной и кислой фосфатаз нейтрофилов (ЩФн и КФн), кислой фосфатазы лимфоцитов (КФл); активность миелопероксидазы (М) нейтрофилов и содержание фосфолипидов (Ф) в нейтрофилах в динамике от 2 до 3 раз. Контрольную группу составили 50 здоровых детей того же возраста. Результаты исследования обработаны статистически с применением метода корреляции.

Больные поступали в период развернутого обострения заболевания, после длительного безуспешного лечения (1—3 мес) в других стационарах.

При изучении ферментного профиля нейтрофилов было обнаружено его изменение, выражающееся в снижении активности М и содержания Ф и в повышении активности фосфатаз. На показатели активности большее влияние оказывали степень тяжести и фаза воспалительного процесса, чем причины его возникновения.

В результате комплекса мероприятий, включающего применение стимулирующих средств, бронхальный дренаж, местное введение антибиотиков и рассасывающую терапию, в динамике заболевания наблюдались клиническое улучшение и тенденция к нормализации исследуемых показателей, кроме активности КФн.

Активность изучавшихся ферментов лимфоцитов при затяжной пневмонии также отличалась от данных контрольной группы. В фазу обострения заболевания снижалась активность  $\alpha$ -ГДДГ, нарастала активность СДГ и в 2 раза увеличивалась активность КФл. В период стихания обострения активность  $\alpha$ -ГДДГ повышалась до уровня контроля, КФл имела тенденцию к дальнейшему нарастанию, а активность СДГ значительно снижалась. Высокая активность КФл в сочетании с низкой активностью СДГ рассматривается как цитохимический критерий гиперчувствительности замедленного типа. Следует отметить, что восстановление цитохимических параметров отставало от нормализации гематологических показателей. В период репарации процесса в легких лейкоцитарная формула у детей была не изменена, хотя активность ферментов значительно отличалась от данных контрольной группы.

Следовательно, изучение активности ферментов лейкоцитов и лимфоцитов у больных с затяжной пневмонией позволяет более объективно оценивать течение и тяжесть воспалительного процесса в легких, дифференцированно проводить лечение.