

0,6 -2 (12%). После витрэктомии: светоощущение -6 (35,2%), 0,01-0,1- 5(29,6%), 0,2-0,6 – 6(35,2%).

Выводы.

1. Наиболее частой причиной ГФ является сахарный диабет в сочетании с артериальной гипертензией - 56,6% случаев.

2. ГФ приводит к резкой утрате центрального зрения вплоть до светоощущения, что наблюдалось в 43,2% случаев в I группе и в 52,8% случаев II группы.

3. При решении задачи выбора вида лечения гемофтальма наиболее значимым диагностическим методом является УЗ В - сканирование глазного яблока.

4. Витрэктомия приводит к повышению зрительных функций эффективнее в сравнении с консервативной терапией, однако достоверная оценка требует длительного периода лечения и наблюдения в дальнейшем. После лечения острота зрения 0,2-0,6 в I группе наблюдалась в 27% случаев, во II группе – в 35,1% случаев.

Литература

1. Анджелова, Д.В. К вопросу о патогенезе гемофтальма при диабетической ретинопатии / Д.В. Анджелова // Рефракционная хирургия и офтальмология. – Т.3. – №2. – 2005. – С. 9 – 12.
2. Spraul, C.W. Vitreous hemorrhage / C.W. Spraul, H.E. Grossniklaus // Surv. Ophthalmol. – 2003. – Vol. 42, № 1. – P. 3 – 39.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Сорокопыт З.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Диагностика и терапия внебольничных инфекций респираторного тракта у детей являются актуальными вопросами педиатрии. Остается достаточно высокой заболеваемость и смертность от этих заболеваний. Серьезной проблемой является своевременная диагностика и адекватная терапия пневмонии в амбулаторных условиях, особенно у детей младшего возраста [2, 3].

Согласно литературным данным, наиболее часто в крови больных острыми заболеваниями органов дыхания выявляется лейкоцитоз. При высокой степени активности, а также тяжелом течении наблюдается моноцитопения, что является неблагоприятным признаком, свидетельствующим о снижении неспецифического иммунитета. Количество нейтрофилов увеличивается при осложнении пиогенной инфекцией и появляется нейтрофилез со сдвигом влево. Повышение активности процесса часто сопровождается умеренной лейкопенией, а при бактериальных осложнениях появляется лейкоцитоз. Эритроциты и гемоглобин снижаются при упорных тяжелых поражениях за счет нерациональной диеты, гипополивитаминоза,

висцеральной патологии, дисбиоза на фоне проводимой терапии [1, 2, 3].

Исследование сывороточного уровня С-реактивного белка и прокальцитонина у госпитализированных пациентов все чаще используется с целью дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии от других инфекций нижних дыхательных путей и определения тяжести состояния. По клинико-диагностической значимости прокальцитонин и С-реактивный белок практически равны, однако, учитывая более высокую стоимость реактивов для определения прокальцитонина, экономически более целесообразно использовать в диагностическом процессе С-реактивный белок [1, 3].

Цель. Анализ лабораторных показателей у детей с острыми заболеваниями органов дыхания.

Методы исследования. Работа проведена путем изучения 259 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы.

Результаты и их обсуждение. Все обследованные пациенты были распределены в 3 репрезентативные группы: первую (I) составили 153 (59%) пациентов с пневмониями, вторую (II) – 83 (32%) с бронхитами и третью (III) – 23 (9%) с заболеваниями верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, ларингит). Детей из Гродно было достоверно больше – 221 (85%), чем из Гродненской области – 38 (15%), $p < 0,05$. Распределение детей по месту проживания в группах было аналогичным.

Мы провели сравнительный анализ показателей периферической крови у детей с различной острой респираторной патологией. Оказалось, что у детей с пневмониями были выше СОЭ, палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы и тромбоциты. При патологии верхних дыхательных путей чаще имел место лейкоцитоз и лимфоцитоз. Результаты гемограммы у пациентов с бронхитами имели большее сходство с аналогичными показателями при патологии верхних дыхательных путей, что подтверждает их преимущественно вирусную этиологию (таблица 1).

Таблица 1 – Гемограмма у детей с различной патологией органов дыхания

Лабораторные показатели	Пневмонии n=153	Бронхиты n=83	Патология ВДП n=23	p
Эритроциты $\times 10^{12}/л$	3,92 \pm 0,86	4,07 \pm 0,67	3,97 \pm 0,44	$p > 0,05$
Гемоглобин г/л	123,25 \pm 10,76	119,68 \pm 11,93	119,78 \pm 9,75	$p > 0,05$
Тромбоциты $\times 10^9/л$	389,61 \pm 51,2	370,14 \pm 82,2	303,00 \pm 88,2	$p_{1-3} < 0,05$
Лейкоциты $\times 10^9/л$	8,65 \pm 4,67	10,68 \pm 2,48	11,25 \pm 0,82	$p_{1-3} < 0,05$

Эозинофилы %	4,56±2,11	5,83±1,58	3,44±4,65	p> 0,05
Нейтрофилы: палочкоядерные%	5,88±1,78	3,59±2,11	4,03±1,47	p ₁₋₃ < 0,05
сегментоядерные%	54,21±13,02	33,14±15,00	35,11±17,04	p _{1-2,1-3} < 0,05
Лимфоциты%	30,53±12,29	49,00±16,44	51,56±17,32	p ₁₋₃ < 0,05
Моноциты%	6,68±3,45	5,86±3,17	5,89±1,46	p> 0,05
СОЭ мм/час	21,42±3,13	14,83±4,74	14,08±3,95	p ₁₋₃ < 0,05

Биохимические показатели крови в сравниваемых группах достоверно отличались только по уровню СРБ, который был выше у пациентов с пневмонией (таблица 2).

Мы также сравнили основные маркеры воспалительного процесса (СОЭ и СРБ) у пациентов детского пульмонологического отделения. Оказалось, что анализируемые показатели были значительно выше у пациентов с пневмониями, чем с бронхитами и инфекциями верхних дыхательных путей. Самый низкий уровень С-реактивного белка был у пациентов, госпитализированных по поводу бронхита.

Таблица 2 – Биохимические показатели крови у детей с различной патологией органов дыхания

Биохимические показатели	Пневмонии n=153	Бронхиты n=83	Патология ВДП n=23	p
Общий белок г/л	60,33±4,63	56,20±5,71	70,33±3,44	p> 0,05
Мочевина ммоль/л	3,67±0,90	2,75±3,15	5,85±1,90	p> 0,05
Креатинин мкмоль/л	21,53±15,53	39,76±11,62	50,50±9,19	p> 0,05
Холестерин ммоль/л	4,10±1,36	4,55±1,06	4,73±0,76	p> 0,05
СРБ IU/ml	14,25±0,34	3,70±0,11	10,38±0,73	p _{1-2,2-3} < 0,05
Глюкоза ммоль /л	4,74±1,63	3,93±0,17	4,58±0,84	p> 0,05
АсАТ Ед /л	40,33±14,96	42,90±3,34	43,58±6,88	p> 0,05
АлАТ Ед /л	26,41±14,47	35,99±12,77	30,02±9,09	p> 0,05
Амилаза Ед /л	36,09±20,60	29,00±12,03	50,44±18,62	p> 0,05
Fe-сыв. мкмоль/л	11,69±4,44	10,50±2,42	16,10±10,82	p> 0,05

Таким образом, результаты, полученные путем анализа 259 карт стационарных пациентов пульмонологического отделения ГОДКБ позволяют сделать следующие выводы:

1. У детей с пневмониями были выше СОЭ, СРБ, палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы, тромбоциты.
2. При патологии верхних дыхательных путей чаще имел место лейкоцитоз и лимфоцитоз.
3. Нормальное значение изучаемых лабораторных показателей имели пациенты с бронхитами.

Литература

1. Зубовская, Е. Т. Диагностическое значение лабораторных показателей: практическое пособие / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» // Е.Т. Зубовская [и др.]. – Минск: БГУФК, 2011. –305 с.

2. Жерносек, В. Ф. Возможности улучшения результатов лечения внебольничной инфекции дыхательных путей у подростков / В.Ф. Жерносек // Здоровоохранение. – 2008. – № 3. – С. 61-63.

3. Чучалин, А. Г. Внебольничная пневмония у детей. Распространённость, диагностика, лечение и профилактика / А. Г. Чучалин [и др.] // Российское респираторное общество, Федерация педиатров стран СНГ, Московское общество детских врачей: Научно-практическая программа. – Москва, 2011. – 68 с.

СТРУКТУРА ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сорокопыт З.В., Байчук М.А., Сорокопыт Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность работы определяется значительной распространенностью и разнообразием возбудителей заболеваний дыхательной системы в детском возрасте, отсутствием иммунитета после перенесенных острых эпизодов, экономическими затратами, связанными с потерей трудоспособности [1, 4].

Каждые два ребенка из трех, родители которых обращаются за помощью к педиатру, имеют респираторные заболевания. Распространенность их, в том числе тяжелых, осложненных и хронических форм, имеет тенденцию к увеличению [1, 2]. Острыми респираторными инфекциями (ОРИ) дети в возрасте до трех лет болеют ежегодно от 2 до 12 раз (заболеваемость максимальна на 2-м и 3-м годах жизни за счет возросшей «социализации» ребенка, то есть контакта с большим количеством людей – как детей, так и взрослых). В 3-7 лет дети болеют ОРИ в среднем 6 раз в год, в 7-17 лет – 3 раза в год. Таким образом, от рождения до окончания школы ребенок болеет острыми заболеваниями респираторного тракта до 60 раз.

В структуре причин младенческой смертности болезни органов дыхания занимают третье место вслед за перинатальной патологией и врожденными пороками развития. Несмотря на успехи в диагностике и лечении, по данным ВОЗ, ежегодно в мире умирают от острых респираторных заболеваний 22 миллиона человек, $\frac{3}{4}$ из них – от пневмонии [2, 3, 4].

Цель: анализ структуры острых заболеваний респираторного тракта у пациентов детского возраста Гродненской области.

Методы исследования. Работа проведена на базе пульмонологического отделения Гродненской областной детской клинической больницы путем изучения 259 медицинских карт стационарных пациентов.

Результаты и их обсуждение. Нозологические группы острой респираторной патологии выглядели следующим образом: 153 (59%) пациентов проходили лечение по поводу пневмонии, у 83 (32%) был бронхит и у 23 (9%) – заболевания верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, ларингит). Согласно результатам обследо-