

снижению ВГД в раннем послеоперационном периоде до 17 и 18 мм рт. ст. Осложнений не наблюдали.

Выводы.

1. Неоваскуляризация при сахарном диабете носит генерализованный характер, ведет к развитию диабетического макулярногo отека, гемофтальму, вторичной неоваскулярной глаукоме, хирургическое лечение которых на современном этапе позволяет предотвратить развитие необратимой слепоты и утраты органа зрения.

2. По данным ОКТ интравитреальные инъекции ингибиторов VEGF (афлиберцепт и ранибизумаб) в комплексе с лазеркоагуляцией сетчатки позволяют добиться улучшения зрительных функций в результате уменьшения диабетического макулярногo отека, однако высокая стоимость препаратов является существенной преградой для использования их в необходимой кратности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Липатов, Д.В. Эпидемиология и регистр диабетической ретинопатии в Российской Федерации / Д.В.Липатов, Е.Г. Бессмертная, А.Г. Кузьмин и др. // Сахарный диабет. – 2014. – №1. – С. 4–7

2. Липатов, Д.В. Диабетическая глаукома / Д.В. Липатов.М.: – МИА, 2013. – 183 с.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Сорокопыт З.В.*, Дрокина О.Н., Сорокопыт Е.М.***

**Гродненский государственный медицинский университет*

***Гродненская областная детская клиническая больница*

Актуальность. Диагностика и терапия внебольничных пневмоний у детей являются актуальными вопросами педиатрии. Остается достаточно высокой заболеваемость и смертность от этого заболевания. 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. При пиогенной инфекции и осложненном течении пневмоний появляется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. Повышение активности процесса часто сопровождается умеренной лейкопенией. 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 (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) 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 ПКТ и СРБ практически равны, однако, учитывая более высокую стоимость определения прокальцитонина, экономически более целесообразно использовать в диагностическом процессе С-реактивный белок [1, 3].

Цель. Анализ лабораторных показателей у детей школьного возраста с острыми внегоспитальными пневмониями.

Методы исследования. Работа проведена путем изучения 180 медицинских карт стационарных пациентов (ф. 003у–07), 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 94 (52%) пациентов с очаговыми пневмониями, вторую (II) – 60 (33%) с сегментарными и третью (III) – 26 (15%) с лобарными. Детей из Гродно было достоверно больше – 122 (68%), чем из Гродненской области – 58 (32%), $p < 0,05$. Распределение детей по административно-территориальному признаку в группах было аналогичным.

Проведен сравнительный анализ показателей периферической крови у пациентов анализируемых групп. Оказалось, что у детей с лобарными пневмониями были достоверно выше СОЭ, тромбоциты, лейкоциты, палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы, а с сегментарными – лимфоциты (таблица 1).

Таблица 1. Гемограмма у детей с различными формами пневмоний

Лабораторные показатели	Очаговые пневмонии n=94	Сегментарные пневмонии n=60	Лобарные пневмонии n=26	p
Эритроциты×10 ¹² /л	3,42±0,61	4,03±0,56	3,74±0,24	p> 0,05
Гемоглобин г/л	122,25±10,76	117,68±11,33	109,78±9,44	p> 0,05
Тромбоциты×10 ⁹ /л	349,61±26,5	371,17±82,4	433,00±28,2	p ₁₋₃ < 0,05
Лейкоциты×10 ⁹ /л	6,51±1,67	10,68±1,44	12,05±0,27	p ₁₋₃ < 0,05
Эозинофилы %	4,56±1,07	5,83±1,58	3,44±1,65	p> 0,05
Нейтрофилы: палочкоядерные%	3,88±1,78	3,58±2,11	7,03±1,47	p _{1-3, 2-3} < 0,05
сегментоядерные%	44,21±11,02	49,14±15,00	65,11±17,04	p _{1-2, 1-3} < 0,05
Лимфоциты%	46,00±11,44	48,53±12,29	12,56±17,32	p _{1-3, 2-3} < 0,05
Моноциты%	6,68±3,45	5,86±3,17	5,89±1,46	p> 0,05
СОЭ мм/час	19,42±3,13	22,83±3,72	34,08±3,95	p _{1-3, 2-3} < 0,05

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

Таблица 2. Биохимические показатели крови у детей с различными формами пневмоний

Биохимические показатели	Очаговые пневмонии n=94	Сегментарные пневмонии n=60	Лобарные пневмонии n=26	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	42,53±15,53	39,76±11,62	50,50±9,19	p> 0,05
Холестерин ммоль/л	4,10±1,36	4,35±1,06	4,27±0,76	p> 0,05
СРБ IU/ml	10,25±0,34	3,70±0,11	18,38±0,73	p _{1-2, 2-3} < 0,05
Глюкоза ммоль /л	4,37±1,34	3,79±0,14	4,48±0,42	p> 0,05
АсАТ Ед /л	30,32±14,96	34,29±1,37	33,81±6,24	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	45,41±18,36	p> 0,05
Fe-сыв. мкмоль/л	13,69±4,27	14,35±2,24	12,17±5,87	p> 0,05

В сложных диагностических ситуациях (32 пациента) с отсутствием положительной динамики стартовой антибактериальной терапии и возникшими осложнениями (плеврит) в качестве дополнительного маркера воспалительного процесса определяли уровень прокальцитонина. Оказалось, что анализируемый показатель был выше у пациентов с лобарными пневмониями (1,1±0,07 нг/мл) и плевритами (1,2±0,09 нг/мл). А вот низкий эффект АБТ не был связан

с изменением уровня ПКТ ($0,4 \pm 0,07$ нг/мл). Такой результат, согласно литературным данным, может иметь место при атипичной этиологии пневмоний. Действительно, у 10 пациентов (4 с очаговыми и 6 с сегментарными пневмониями) методом ПЦР была обнаружена ДНК *Mycoplasma pn.*, в связи с чем им была назначена инфузия левофлоксацина внутривенно и достигнут положительный клинический и рентгенологический эффект.

Таким образом, результаты, полученные путем анализа 180 карт стационарных пациентов пульмонологического отделения ГОДКБ с внегоспитальными пневмониями позволяют сделать следующие

ВЫВОДЫ:

1. У детей с лобарными пневмониями выше СОЭ, СРБ, лейкоциты, тромбоциты, палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы.

2. Концентрация прокальцитонина в сыворотке крови пациентов с лобарными и осложненными пневмониями повышается и не изменяется при низком эффекте стартовой антибактериальной терапии.

3. Уровень прокальцитонина может быть использован в качестве дифференциально-диагностического критерия пневмоний с типичным и атипичным течением.

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 // Здравоохранение. – 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.