

ксантохромный, лимфоцитарный цитоз 397, белок 1,65 г/л, белковые реакции резко положительные.

Характеризуя осложнения со стороны нервной системы в целом, важно отметить, что у 9 больных из 41 имелся неблагоприятный преморбидный фон — заболевания или травмы головного мозга; у каждого третьего больного энцефалитом в анамнезе имела травма головного мозга и алкоголизм.

УДК 616.981.46+616.24—002]—053.31—079.4

Д. Ю. Каримова (Казань). Информативность клинической симптоматики и морфологических изменений в периферической крови для дифференциальной диагностики ОРЗ и пневмоний у новорожденных

Нами обследовано 136 доношенных новорожденных, больных острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), в том числе 62 ребенка с пневмонией, осложнившей течение ОРЗ. Проведен сравнительный анализ отдельных клинических симптомов и показателей периферической крови при ОРЗ и пневмониях, а также определение

Информативность и диагностические коэффициенты признаков, полученные при обследовании новорожденных, больных ОРЗ и пневмониями

Признаки и их дифференциальная информативность	Диапазоны признаков	Диагностические коэффициенты
Окраска кожи $I = 2,47$	Кожа чистая	—4
	Кожа бледная	—6
	Легкий периоральный цианоз	+4
	Умеренный цианоз	+5
	Акроцианоз	+5
Перкуторные изменения в легких $I = 2,18$	Перкуторный звук легочный	—5
	С коробочным оттенком	0
	Притупление в паравентральной области	+3
	Притупление в подлопаточных областях	+10
Аускультативные изменения в легких $I = 1,71$	Дыхание пуэрильное	—1
	Дыхание жесткое	—7
	Дыхание ослабленное	—2
	Единичные сухие хрипы	+3
	Влажные хрипы	+7
Одышка $I = 2,21$	ДН — О	—2
	ДН _I	—1
	ДН _{II}	+9
	ДН _{III}	+9
	Приступы асфиксии	—5
Характер кашля $I = 0,26$	Кашля нет	—2
	Редкий сухой кашель	0
	Выраженный сухой кашель	+2
	Влажный кашель	+2
Количество лейкоцитов · 10 ⁹ /л $I = 0,66$	4—7,9	—3
	8—11,9	—1
	12—15,9	0
	16—19,9	+1
	20—23,9	+2
	24—27,9	+9

частоты каждого симптома и диапазонов колебаний изучаемых показателей с последующим вычислением его информативности (I) и диагностических коэффициентов (ДК) методом последовательного анализа Вальда. Это позволило выделить наиболее существенные для дифференциальной диагностики ОРЗ и пневмоний симптомы и отбросить мало значащие признаки. Коэффициенты со знаком (+) говорят в пользу пневмонии, со знаком (—) — в пользу ОРЗ. При достижении диагностического порога +13 ставят диагноз пневмонии, при достижении порога —23 диагностируют ОРЗ без осложнений.

Мы не выявили изменений температуры, характерных для одного из состояний больного. Подсчет диагностических коэффициентов показал, что данный симптом не является информативным для дифференциальной диагностики ОРЗ и присоединяющихся к ним пневмоний, и поэтому он не был включен в последующем в диагностическую таблицу ($I = 0,03$). Оценка состояния кожных покровов (бледность, цианоз) была достаточно информативна для суждения о присоединении пневмонии ($I = 2,47$). Кашель наблюдался не у всех больных, но если он имелся, это чаще говорило о присоединении пневмонии (ДК = +2). Информативность этого симптома для дифференциации ОРЗ и пневмоний составила 0,26. Появление одышки служит достаточно информативным признаком осложнения заболевания пневмонией ($I = 2,21$). Информативность

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 осложнений пневмонией появление одышки, цианоза носогубного треугольника, аускультатив-

ные 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 α -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 α -ГДДГ, нарастала активность СДГ и в 2 раза увеличивалась активность КФл. В период стихания обострения активности α -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.