

Н. А. Сніцарь  
**ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГАРЯЧОК З ВИЗНАЧЕННЯМ С-  
РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА ПРОКАЛЬЦІТОНІНУ**  
Сумський державний університет, м. Суми

**Актуальність теми.** Питання диференціальної діагностики гарячок нестановленого генезу (ГНГ) залишається надзвичайно актуальним в клініці внутрішніх, зокрема, інфекційних хвороб. Хворим з гарячкою проводять, як правило, велику кількість складних досліджень. Проте, деякі аналізи мають невелику діагностичну цінність або є неспецифічними. Більш зручним маркером запалення, на відміну від таких, як ШОЕ, підрахунок кількості лейкоцитів та зсув лейкоцитарної формули, є С-реактивний протеїн (СРП). Його концентрація у крові має високу кореляцію з активністю захворювання та стадією процесу, проте СРП не специфічний показник для бактеріальної інфекції. Результати останніх досліджень дають підстави вважати, що «провісником» тяжких гнійних ускладнень і сепсису може бути визначення у плазмі крові прокальцитоніну (ПКТ). Закордоном широко використовуються дані методики. Вони є швидкими і простими тестами, а дослідження послідовних змін рівнів СРП і ПКТ у клінічній практиці є обов'язковими для госпіталізованих пацієнтів з тяжкими інфекціями та гарячковими станами. В Україні визначення СРП та ПКТ, як маркерів бактеріальної інфекції практично не застосовується.

**Мета роботи.** Покращення ефективності діагностики та оптимізація медичної тактики при гарячках неясного генезу з використанням СРП та ПКТ.

**Завдання дослідження.** Проведення аналізу частоти інфекційних та неінфекційних чинників у генезі нез'ясованих гарячок і субфебрилітету, визначення рівня СРП та ПКТ у хворих на бактеріальні та вірусні інфекції, неінфекційні захворювання.

**Матеріали і методи.** За період з серпня 2011 р. по жовтень 2012 р. було здійснено поглиблене клініко-лабораторне обстеження (щоденна багаторазова термометрія, загальний та біохімічний аналізи крові, клінічний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження крові, УЗД, визначення ПКТ, СРП, за потребою КТ, ЕхоКГ тощо) 36 хворих з діагнозом гарячка нестановленого генезу, з них 17 осіб у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні, 19 – в Українському медичному центрі інтенсивної терапії сепсису.

**Результати дослідження.** Сепсис підтвердився у 10 осіб (27,78 %); метаболічні розлади – у 2 осіб (5,55 %); злоякісні захворювання крові – у 1 (2,78 %); хірургічні захворювання (локальний гнійний процес) – у 3 (8,33 %), терапевтичні – у 8 (22,22 %); інфекційні – у 6 (16,67 %); виписані з діагнозом ГНГ – 6 (16,67 %). Тривалість гарячки на догоспітальному етапі понад 2 тижнів була у 9 осіб (25,0 %), 19 госпіталізовані до 1 тижня (52,78 %), 8 (22,22 %) звернулися за медичною допомогою через 1 місяць і більше. Тривалість перебування у стаціонарі в середньому склала  $(17,73 \pm 3,32)$  днів. Усім хворим проводили щоденну багаторазову термометрію. Температура  $(39,0 \pm 0,14)$  °С була у 20 пацієнтів (55,56 %), інші 16 осіб (44,44 %) мали субфебрилітет  $(37,58 \pm 0,1)$  °С.

У клінічному аналізі крові лейкоцитоз спостерігався у 14 хворих (38,89%). Зсув лейкоцитарної формули вліво виявлено у 23 осіб (63,89 %). ШОЕ зростала у 31 хворого (86,11 %). У біохімічному аналізі крові у 17 осіб (47,22 %) відзначалися підвищені показники білірубіну, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, ЛФ, ГГТ, у 10 (27,78 %) – підвищення показників сечовини, креатиніну. Зміни (протеїн-, циліндр-, еритроцитурія) у клінічному аналізі сечі виявлено у 22 осіб (61,11 %). При УЗД майже у кожного другого пацієнта виявлено зміни з боку шлунково-кишкового тракту (гастроуденіт, холецистит, панкреатит, гепатит). При бактеріологічному дослідженні крові у 16 осіб (44,44 %) виділити будь-які мікроорганізми не вдалося, у 6 (16,67 %) були виділені *S. aureus*, *E. cloacae*, *S. epidermidis*, *Str. anhaemolyticum*.

Підвищення рівня ПКТ було зафіксоване у 11 пацієнтів (30,56 %). Визначення СРП проводилося у 24 осіб, у 23 (95,83%) з них рівень його був достовірно підвищений (середні значення у проаналізованих групах коливалися від  $(19,85 \pm 0,04)$  до  $(53,29 \pm 0,9)$ ), що вказувала на його більшу чутливість. Проте ПКТ є більш специфічним, його рівень зростав у групах хворих з сепсисом (80,0 %;  $(17,47 \pm 0,88)$ ) та локальним гнійним процесом (50,0 %;  $(4,89 \pm 1,05)$ ).

При дослідженні кореляційних зв'язків у групах пацієнтів з ГНГ, було з'ясовано, що наявні прямі сильні кореляційні зв'язки між рівнями лейкоцитів і ПКТ (+0,71,  $p < 0,05$ ); прямі середньої сили між ШОЕ і ПКТ (+0,43,  $p < 0,05$ ); прямі слабкі між ПКТ і СРП (+0,31,  $p < 0,05$ ), ШОЕ і СРП (+0,37,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Використання для диференціальної діагностики гарячок невстановленого генезу вмісту в крові лейкоцитів, лейкоцитарної формули, ШОЕ є недостовірним. Доцільно використовувати визначення прокальцитоніну для підтвердження бактеріального генезу гарячок і швидкогрозпізнавання небезпечних ускладнень (сепсис, гнійні процеси тощо) та С-реактивного протеїну для контролю за станом хворого та ефективністю антибактеріальної терапії.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебасва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 111-114.