

Мургіна Марина Миколаївна, Лисиця Юлія Миколаївна
**СУЧАСНІ ІМУНОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ
СЕПТИЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Л. В. Пипа
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Хмельницький, Україна

Murhina Marina Mykolaivna, Lisyca Julia Mykolaivna
**DIAGNOSIS OF IMMUNOLOGICAL MARKERS OF SEPTIC
CONDITIONS IN CHILDREN**

*Department of Pediatrics Faculty of Postgraduate Studies
Scientific supervisor: d. med. sc., prof. L. V. Pyra
Vinnitsa National Medical University named after
N. I. Pirogov, Khmelnytsk, Ukraine
E-mail: murgina_marina@ukr.net; Murhina M. M.*

Актуальність. Бактеріальні інфекції займають чільне місце в структурі дитячої захворюваності, а смертність від крайнього прояву генералізованої інфекції – сепсису залишається високою як в Україні, так і в розвинених країнах світу. Стабільно високий рівень захворюваності та смертності від генералізованих форм бактеріальних інфекцій обумовлений зростанням кількості інвазивних процедур, прошарку імуноскомпрометованих осіб та росту кількості високо вірулентних полірезистентних штамів бактерій.

Вирішальним у наслідках септичних станів у дітей є вчасна діагностика генералізації бактеріальної інфекції. Оскільки патогномонічних клінічних ознак поширення інфекції немає, тому визначення біохімічних маркерів має важливе значення.

В останні роки таким маркером є рівень прокальцитоніну (ПКТ) сироватки крові, який не визначається у здорових дітей, невисокий його рівень при локалізованих та високий при генералізованій бактеріальній інфекції. Рівень прокальцитоніну

корелює із тяжкістю стану та негативними наслідками захворювання.

Мета: визначити цінність рівня прокальцитоніну (ПКТ) сироватки крові для ранньої диференційної діагностики локалізованих та генералізованих форм.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 128 дітей. Основну групу склали 37 дітей із генералізованими гнійно-септичними захворюваннями, група порівняння складалася із 46 дітей із локалізованими бактеріальними інфекціями, контрольну групу склали 45 практично здорових дітей без ознак запалення. Вік дітей складав від 1 місяця до 18 років, середній вік в основній групі – 9,9 років, у групі порівняння – 8,8, у контрольній – 11,6. Бактеріальні вогнища у дітей із груп дослідження локалізувалися в черевній порожнині (перитоніти, гангренозні та флегмонозні апендицити); грудній порожнині (тотальна пневмонія, розлитий гнійний плеврит); ЛОР органів (полісинусити), кісткова система (гематогенний остеомієліт); інфекції м'яких тканин (абсцеси та флегмони підшкірно-жирової клітковини); генералізована менінгококова інфекція.

Всім дітям було проведено визначення рівня ПКТ сироватки крові протягом перших 2 діб після надходження в стаціонар. Визначення проводили методом ІФА (RayBioHuman Procalcitonin компанії RayBiotech, Inc., США.). Нормальний рівень ПКТ в сироватці крові складає менше 0,05 нг\мл.

Результати. Згідно наших даних, у дітей основної групи рівень ПКТ склав 4,06 нг/мл (ДІ 95 % 2,56-5,89 нг/мл), діти групи порівняння – 0,86 (ДІ 95 % 0,63-1,25; $p < 0,001$) нг\мл; в групі контролю – 0,024 (ДІ 95 % 0,011-0,057) нг\мл.

Висновки. Вище наведені дані свідчать про те, що рівень прокальцитоніну в сироватці крові можна використовувати для диференційної діагностики локалізованих та генералізованих інфекцій у дітей для своєчасно розпочатої в повному обсязі терапії, що, в свою чергу, дозволить покращити наслідки тяжких генералізованих форм інфекції.