

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГАРЯЧОК З ВИЗНАЧЕННЯМ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ

Сніцарь Н. А., Чемич М. Д.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Актуальність теми. Питання диференціальної діагностики гарячок невідомого генезу (ГНГ) залишається надзвичайно актуальним у 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 в крові має високу кореляцію з активністю захворювання та стадією процесу, проте СРП неспецифічний показник для бактеріальної інфекції. Результати останніх досліджень дають підстави вважати, що «провісником» тяжких гнійних ускладнень і сепсису є рівень у плазмі крові прокальцитоніну (ПКТ), що широко застосовується за кордоном. Дані методики представлені 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 використовуються.

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 невідомого 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 (27,78 %) осіб; метаболічні розлади – у 2 (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 (25,0 %) осіб, 19 госпіталізовані до 1 тижня (52,78 %), 8 (22,22 %) звернулись за медичною допомогою через 1 місяць і більше. Тривалість перебування в стаціонарі у середньому склала $(17,73 \pm 3,32)$ днів. Усім хворим проводили щоденну багаторазову термометрію. Температура $(39,0 \pm 0,14)$ °С була лише у 20 (55,56 %) пацієнтів, інші 16 (44,44 %) мали субфебрилітет $(37,58 \pm 0,1)$ °С.

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

Підвищення рівня ПКТ було зафіксоване у 11 (30,56 %) пацієнтів. Визначення СРП проводилося лише у 24 осіб, у 23 (95,83 %) з них рівень його був достовірно підвищений (середні значення в проаналізованих групах коливались від $(19,85 \pm 0,04)$ до $(53,29 \pm 0,9)$), що вказує на його більшу чутливість. Проте, ПКТ є більш специфічним, його рівень зростав лише в 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 невідомого генезу вмісту в крові лейкоцитів, лейкоцитарної формули, ШОЕ є недостовірним. При цьому доцільно використовувати визначення прокальцитоніну для підтвердження бактеріального генезу гарячок і швидкого розпізнавання небезпечних ускладнень (сепсис, гнійні процеси тощо) та С-реактивного протеїну для контролю за станом хворого та ефективністю антибактеріальної терапії.