

№ 1. – С. 5–10.

3. Тюренков, И. Н. Антиоксидантная терапия эндотелиальной дисфункции / И. Н. Тюренков, А. В. Воронков, А. А. Слиецанс // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии.* – 2013. – Т. 11, № 1. – С. 14–25.

4. Dröge, W. Free radicals in the physiological control of cell function / W. Dröge // *Physiol. Rev.* – 2002. – Vol. 82. – P. 47–95.

5. Schlopp, V. Lipid per oxidation early after brain injury / V. Schlopp // *Neurotrauma.* – 2004. – № 21 (6). – P. 667–677.

6. Зинчук, В. В. Прооксидантно-антиоксидантное состояние организма при введении липополисахарида в условиях коррекции сродства гемоглобина к кислороду и L-аргинин-NO-системы / В. В. Зинчук // *Бюлл. эксп. биол. и мед.* – 2001. – Т. 131, № 1. – С. 39–42.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

*Парфенчик И.В., Кацер Д.С., Ланец М.П.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра инфекционных болезней, Гродно, Беларусь

*УЗ «Гродненская инфекционная клиническая больница»,
Гродно, Беларусь

Введение. Прокальцитонин (PCT) – сепсис-ассоциированный белок, концентрация которого в крови возрастает на фоне тяжелой бактериальной инфекции. При уровне PCT 10 нг/мл и выше практически всегда диагностируется тяжелый бактериальный сепсис и септический шок [1]. По данным литературы, уровень С-реактивного белка (СРБ) менее актуален для диагностики сепсиса, чем прокальцитонин [2].

Цель исследования – установить значение уровней PCT и СРБ для диагностики инфекционных заболеваний различной этиологии у детей.

Объект и методы исследования. Объектом исследования стали истории болезней 82 детей, находившихся на лечении в

Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2014–2017 годах. Все пациенты поступали в стационар с жалобами на высокую лихорадку. РСТ определяли с целью исключения сепсиса. В зависимости от заключительного клинического диагноза пациентов разделили на 4 группы:

1-я группа (n=14) – сепсис различной этиологии (стрептококковый, менингококковый, гемофильный и др.);

2-я группа (n=30) – бактериальные инфекции (гнойные менингиты различной этиологии, пневмонии, пиелонефриты, острые кишечные инфекции и другие);

3-я группа (n=27) – вирусные инфекции (грипп, энтеровирусная инфекция, герпетическая инфекция и другие);

4-я группа (n=11) – неинфекционная патология (коллагенозы, онкология, гематология, острая хирургическая патология и другие).

Диагноз сепсиса у всех пациентов 1-й группы был подтвержден лабораторно (бактериологически и/или с помощью молекулярно-генетических методов).

Методом исследования явился ретроспективный сравнительно-статистический анализ, проведенный с помощью программного обеспечения STATISTICA 10.0 для Windows. При сравнении независимых между собой групп использовали Н-критерий Крускала-Уоллиса, дополнительно проводились попарные сравнения групп между собой с применением апостериорного критерия Данна (с учетом поправки Бонферрони). Данные представлены в виде медианы (Me), интерквартильного размаха (Lq – нижняя квартиль, Uq – верхняя квартиль), минимальных и максимальных значений. Достоверность различий в группах была принята при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст детей составил 2,9 (0,7; 4,0) лет. Пациенты поступали в стационар чаще на третий день от момента заболевания: 3,5 (2,0; 6,0). Состояние 56,1% из них при поступлении в стационар было тяжелое и требовало госпитализации в отделение анестезиологии и реанимации. Показатели РСТ и СРБ в группах представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. – Показатели РСТ (нг/мл) у детей (Me, Lq, Uq, min, max)

группы	Me (Lq; Uq)	min	max
1-я группа	27,93 (21,06; 41,4)	0,05	68,44
2-я группа	0,37 (0,08; 1,8)	0,05	98,6
3-я группа	0,26 (0,05; 2,47)	0,05	11,5
4-я группа	0,37 (0,08; 2,2)	0,05	40,95

У одного из пациентов с сепсисом показатель РСТ был в пределах нормы. В группе с бактериальными инфекциями самые высокие показатели были у пациентов с гнойными менингитами, иногда они превышали таковые у детей с сепсисом. У детей с неинфекционной патологией самый высокий показатель был у ребенка с острой кишечной непроходимостью. При сравнении групп между собой установлено, что показатели РСТ детей 1-й группы статистически значимо отличались от показателей в других группах ($p_{1-2, 1-3, 1-4} < 0,05$). Показатели РСТ детей с бактериальными, вирусными инфекциями и неинфекционной патологией статистически значимо не отличались между собой ($p_{2-3, 2-4, 3-4} > 0,05$).

Таблица 2. – Показатели СРБ (мг/л) у детей (Me, Lq, Uq, min, max)

группы	Me (Lq; Uq)	min	max
1-я группа	102,5 (59,6; 181,7)	0	203,1
2-я группа	44,0 (14,0; 118,8)	0	229,3
3-я группа	16,7 (4,9; 74,3)	0	265,7
4-я группа	21,3 (5,7; 41,2).	0	179,8

При сравнении показателей СРБ установлено, что группы статистически значимо не отличались между собой ($p > 0,05$).

Выводы:

1. Самые высокие показатели прокальцитонина выявлены у детей с тяжелыми бактериальными инфекциями, такими, как сепсис и гнойный менингит.

2. Уровень СРБ в плазме крови не может служить диагностическим маркером тяжелой бактериальной инфекции. Его уровень статистически значимо не отличается у детей с различными инфекционными, в том числе и вирусными, а также с неинфекционными заболеваниями.

Список литературы:

1. Якубцевич, Р. Э. Сепсис в интенсивной терапии: современные аспекты диагностики / Р. Э. Якубцевич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2016. – № 1. – С. 11–16.
2. Serum concentrations of interleukin-6, procalcitonin and C-Reactive Protein: discrimination of septic complications and systemic inflammatory response syndrome after pediatric surgery / F. Neunhoeffer [et al] // Eur J Pediatr. Surg. – 2016. – № 26 (2). – P. 180–185.

К ВОПРОСУ О ВСКАРМЛИВАНИИ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Прилуцкая В.А., Рожко Ю.В. *, Павловец М.В.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
1-я кафедра детских болезней, Минск, Беларусь
*ГУ РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Беларусь

Введение. Международные и отечественные принципы рационального вскармливания ребенка определяют важность грудного вскармливания [1]. В настоящее время убедительно доказано, что вскармливание недоношенных детей грудным молоком значительно снижает заболеваемость в раннем детстве и риск отдаленных нарушений обмена, уменьшает риск развития некротизирующего энтероколита и сепсиса, улучшает пищевую толерантность, способствует профилактике аллергии, сокращает продолжительность пребывания в стационаре, улучшает неврологические исходы и когнитивное развитие детей, снижает риск развития ретинопатии недоношенных [2, 3].

Современные рекомендации Американской академии педиатрии констатируют, что все недоношенные дети должны получать грудное молоко, учитывая его существенные преимущества перед искусственным вскармливанием [4, 5]. С 90-х годов XX века в Европе и США грудное молоко в сочетании с фортификаторами признано стандартом ухода за детьми с низкой массой тела при рождении [1, 4].