

**Міністерство охорони здоров'я України
Товариство токсикологів України
Управління охорони здоров'я Чернівецької обласної
держадміністрації
Буковинська державна медична академія
НДІ медико-екологічних проблем МОЗ України
Інститут екогігієни і токсикології
ім. Л.І. Медведя МОЗ України
Асоціація анестезіологів Чернівецької області**

**Проблеми діагностики, профілактики та
лікування екзогенних та ендогенних
інтоксикацій:**

**Тези доповідей
Всеукраїнської науково-практичної конференції.
м.Чернівці, 16-18 жовтня 2004 р.**

**м.Чернівці
2004 р.**

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОЗАПАЛЬНИХ МЕДІАТОРІВ
У ВИЯВЛЕННІ ЕНДОТОКСИКОЗУ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ ПРИ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**

*Р.І. Гончарук, І.У. Безрукова, В.І. Сторожук
Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Однією з невирішених проблем лікування бронхіальної астми у дітей раннього віку залишається вибір терапевтичної тактики при приступі, що розвився на тлі підвищеної температури тіла. Відомим є той факт, що більше 80% загострень астми у дітей сполучається з гострими респіраторними вірусними захворюваннями, а бактеріальні інфекції модифікують перебіг астми шляхом підсилення гіперреактивності та зміни резистентності організму. При цьому лікарі звичайно вирішують дану проблему шляхом призначення антибіотиків, тим більше, що у 2/3 хворих у даній ситуації спостерігається у перші дні приступу нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом формули ліворуч. Обґрунтуванням цього можуть бути накопичені дані про те, що інфекційне запалення виконує тригерну роль у відношенні формування гіперчутливості бронхів та підтримуючу функцію щодо персистування бронхіальної обструкції.

Проведені дослідження по вивченню клінічного значення гострофазових білків у розмежуванні бактеріальної та вірусної інфекції нижніх дихальних шляхів показало, що підвищення у сироватці крові хворих С-реактивного білку більше 50 мг/л з достатніми специфічністю та чутливістю свідчать про наявність бактеріально-інфекційного запалення. Виходячи з цього, метою цього дослідження було вивчення діагностичного значення прозапального медіатора – С-реактивного білку – у виявленні ендотоксикозу інфекційного генезу при бронхіальній астмі у дітей раннього віку з фебрильними нападами.

Групоформуючою ознакою в когорті 32 обстежених дітей з фебрильними приступами бронхіальної астми, було підвищення більше 50 мг/л вмісту С-реактивного білку у сироватці крові в перший день госпіталізації. При цьому апріорно припускали, що у хворих з високим рівнем С-реактивного білку в сироватці крові інфекційний процес обумовлювався інфікуванням бактеріальної природи, а у дітей з низьким вмістом цього прозапального протеїну – вірусної. Виходячи з цього, I клінічну групу склали 11 дітей, в яких рівень С-реактивного білку в сироватці крові в перші дні приступу склав більше 50 мг/л, а II групу - 17 хворих з концентрацією даного білку в сироватці крові нижче від вказаної величини. У середньому, серед дітей I групи вміст С-реактивного білку сироватки крові склав 1314,7 мг/л, у а пацієнтів II групи – 37,9 мг/л ($P < 0,01$).

Отримані результати дозволили вважати, що у дітей II групи, тобто тих, в яких причиною приступів, ймовірно, виступала вірусна інфекція дихальних шляхів, спостерігалася констеляція факторів ризику розвитку atopічної реактивності у ранньому дитинстві, а дітей I групи - перинатальна патологія, яка, можливо, призвела до зниження місцевого імунітету в дихальних шляхах.

Провокуючими факторами у розвитку фебрильних приступів бронхіальної астми, згідно анамнезу захворювання, у обстежених дітей I групи звичайно виступала інфекція дихальних шляхів, яка перебігала з ознаками інтоксикації, що зумовлювало необхідність призначення антибактеріальних препаратів у 63,6% випадків (проти 35,3% у II групі, $P < 0,05$). Звертала на себе увагу тенденція до переважання вогнищ інфекції у ділянці носоглотки у пацієнтів II клінічної групи у порівнянні з тими хворими, в яких на підставі підвищення вмісту С-реактивного білку в сироватці крові припускали наявність бактеріальної інфекції дихальних шляхів. Так, у дітей II групи хронічні вогнища інфекції виявлялися в 41,2% випадків, а у групі порівняння – в 27,3% спостережень ($P < 0,05$), що, на нашу думку, пояснювалося як з позицій сенсibilізаційної ролі хронічних вогнищ інфекції в організмі дітей, так і з точки зору хронічного персистування в них вірусної інфекції. Так званий “інтоксикаційний синдром” зустрічався частіше у хворих із передбачуваною бактеріальною інфекцією дихальних шляхів як причини фебрильних нападів бронхіальної астми. Так, клінічні прояви “інтоксикаційного синдрому” виявлені у 90,9% дітей I клінічної групи та у 76,5% випадків серед пацієнтів клінічної групи порівняння ($P < 0,05$). не дивлячись на відсутність вірогідних відмінностей у середніх показниках тяжкості загального стану дітей клінічних груп порівняння, слід відмітити, що серед пацієнтів I групи частіше зустрічалися діти зі значно порушеним загальним станом. Це в деякій мірі, мабуть, зумовило і триваліший термін перебігу приступу бронхіальної астми у стаціонарі. Так, середня тривалість клінічних проявів бронхіальної обструкції серед дітей I клінічної групи склала $6,4 \pm 0,5$ днів, а серед представників II клінічної групи – $5,4 \pm 0,5$ днів ($P > 0,05$), а дезобструкція на 7-й день лікування у хворих II клінічної групи склала 15,4 бали, та у хворих I клінічної групи – 13,0 бали.

Таким чином, визначення вмісту С-реактивного білку в сироватці крові дітей, що мають фебрильні напади бронхіальної астми, дозволяє відокремити з них пацієнтів із вірогідно бактеріальною природою ендотоксикозу для формування плану раціональної антибактеріальної терапії.