

При адекватной антибактериальной терапии пациент на вторые сутки после приема антибиотика уже незаразен для окружающих [5].

В заключение необходимо отметить, что пациенты со стрептококковым тонзиллофарингитом на 2-3 сутки заболевания не испытывают боли в горле и считают себя «здоровыми»,

отказываясь от приема антибиотиков. Основная же цель лечения стрептококкового тонзиллофарингита – это не снижение боли в горле, а избежание «ранних» и «поздних» осложнений, чего можно достичь лишь длительным (10 дней) системным приемом антибиотиков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей // А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. Руководство для врачей. – М: Премьер МТ, Наш Город, 2007. – 352 с.

2. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов // Практическое руководство. – М.: Фармединфо, 2007. – 464с.

3. Страчунский Л.С., Козлов С.Н., Дехнич А.В.

Клиническая фармакология антибиотиков. – Смоленск: СГМА, 2004. – 128 с.

4. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. – Смоленск: Русич, 1998. – 304с.

5. Bartlett J.G. Pocket Book of Infectious Disease Therapy. 11th ed.- Baltimore etc.: - Williams & Wilkins, 2000.



УДК 616.98-093:615.28

**В.В. Маврутенков,
Т.В. Маврутенкова¹,
І.М.Мудракова¹,
О.М. Якуніна,
В.Д. Ткаченко²,
В.С. Подкопаєв,
В.В. Сємілетова²**

Дніпропетровська державна медична академія
Діагностичний центр медичної академії¹
Міська клінічна лікарня №21 ім. проф. О.Г. Попкової²
м. Дніпропетровськ

Ключові слова: етіологія, гнійні тонзило-фарингіти, інфекційний мононуклеоз, мікробіологічні дослідження

Key words: etiology, purulent tonsillopharyngites, infectious mononucleosis, microbiologic researches

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПЕЙЗАЖ БАКТЕРІАЛЬНОЇ СУПЕРІНФЕКЦІЇ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОНУКЛЕОЗІ

Резюме: Представлен анализ микробной суперинфекции у больных инфекционным мононуклеозом по результатам микробиологических исследований. Показано, что только в 26,8 % случаев экссудативный тонзиллофарингит у больных инфекционным мононуклеозом обусловлен присоединением β -гемолитического стрептококка, что ограничивает рутинное применение антибактериальной химиотерапии при данном заболевании.

Summary. Microbic superinfection in patients with infectious mononucleosis by results of microbiologic researches is analyzed. It was shown, that only in 26,8% of cases exudative tonsillopharyngitis in these patients is caused by addition of β -hemolytic streptococcus; this limits routine usage of antibacterial chemotherapy in case of this disease.

Інфекційний мононуклеоз (ІМ) – одне з поширених захворювань герпес-вірусної етіології, яке супроводжується виникненням екссудативного тонзілофарингіту (ТФ) та пропасниці (П), що зумовлює необхідність диференціальної діагностики з мікробно-запальними станами [2, 4].

Таким чином, мікробіологічні дослідження є обов'язковими тестами при ІМ, результати яких є головними аргументами для визначення доцільності призначення антибактеріальної хіміотерапії.

Мета роботи – визначити доцільність рутин-

ного призначення антибактеріальної хіміотерапії на підставі аналізу бактеріологічних досліджень мазків із носоглотки у хворих із типової формою ІМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження виконувались на базі МКЛ №21 ім. проф. О.Г. Попкової (гол. лікар – Л.В. Тимофєєва) та Діагностичного центру медичної академії. Було проаналізовано результати бактеріологічного дослідження зі слизової оболонки носоглотки у 173 хворих на ІМ у віці від 12 місяців до 25 років. В усіх випадках діагноз ІМ був підтверджений лабораторно на підставі сукупності гематологічних та серологічних ознак: наявності віроцитозу ($\geq 10\%$) в периферійній крові, визначення гетерофільних антитіл або антитіл VCA - Ig M до вірусу Епштейна-Барр. Статистичний аналіз одержаних даних здійснювали методами варіаційної статистики. Критичне значення рівня значущості (p) приймалося $\leq 5\%$. Обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакетів програм статистичного аналізу STATISTICA 5.0, Excel 2003 і Биостатистика (Москва, 1998) [3].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами бактеріологічних досліджень, у 91 (52,6 %) пацієнтів одержані негативні результати і у 82 (47,4 %) пацієнтів виділені різні мікробні культури (табл. 1). Причому, як свідчить аналіз семіотики ІМ, явища ТФ у 75% випадків супроводжувалися гнійним нальотом, який локалізувався тільки на мигдаликах.

Аналізуючи одержані дані, можна відзначити, що нами не виявлено достовірної залежності між наявністю лихоманки і результатами бактеріологічного дослідження зі слизової оболонки носоглотки ($\chi^2=8,8, p>0,05$). Згідно з таблицею 1, найбільша питома вага (67,1 %) припадала на золотистий стафілокок і пневмокок, які не розглядаються як етіологічна причина гострих гнійних ТФ, а часто є коменсалами слизової верхніх дихальних шляхів [1]. На частку β -гемолітичного стрептококу, з яким пов'язують гострі ТФ, припадає 26,8 % «позитивних» бактеріологічних результатів. Хоча в середньому тривалість лихоманки достовірно і не розрізнялася залежно від мікробного агента ($p>0,05$), в її структурі у випадках виділення *S. pyogenes* дещо частіше (22,7 %) реєструвалася висока П. Необхідно підкреслити, що у 7 із 13 хворих на ІМ з нормальною температурою тіла бактеріологічне обстеження дало «позитивні» відповіді, в яких переважали *S. aureus* і *S. pneumoniae*.

Під час дослідження не вдалося чітко встановити вплив антибактеріальної хіміотерапії на показники П та результати бактеріологічного дослідження зі слизової оболонки носоглотки. Це викликано тим, що більшість хворих на ІМ поступала наприкінці першого тижня захворювання і вже встигла одержати антибіотики, які були призначені лікарями або приймалися за власним розумінням. Більш того, основним мотивом направлення до шпиталю хворих на ІМ служив факт «прогресування ангіни» і збереження П на фоні прийому антибіотиків.

Таблиця 1

Результати бактеріологічних досліджень із носоглотки у хворих на типову форму ІМ

| Мікробний агент | абс. | % |
|---------------------|-----------|-------|
| <i>S.pyogenes</i> | 22 | 26,8% |
| <i>S.aureus</i> | 41 | 50,0% |
| <i>S.pneumoniae</i> | 14 | 17,1% |
| Мікробні асоціації | 5 | 6,1% |
| Всього | 82 | |

Примітка: всі відмінності показників між групами недостовірні ($p>0,05$ за критеріями χ^2 і Стьюдента)

Зіставляючи динаміку ТФ і лихоманки, можна відзначити, що температура тіла зніжується до норми значно швидше і часто на фоні гнійних нальотів, що ще зберігаються, на мигдаликах. Разом із тим, за нашими даними, близько 3 % хворих на ІМ мали періодичний субфебрилітет протягом декількох тижнів без ознак гострого запалення носоглотки або яких-небудь інших ускладнень.

ВИСНОВКИ

1. Відносно низькій відсоток (близько 25%) знаходження *S. pyogenes* у хворих ІМ свідчить, що виникнення ексудативного тонзилофарингіту та пропасниці в більшості випадків не пов'язане з мікробної суперінфекцією.

2. Застосування антибактеріальної хіміотерапії без урахування результатів бактеріологічного дослідження мазків із носоглотки є нераціональним підходом у терапії ІМ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клейн Дж.Д., Заутис Т.Е. Секреты лечения детских инфекций / Пер. с англ.- М.: Изд-во БИНОМ, 2007.- 416 с.
2. Чернишова Л.І. Герпетична інфекція у дітей (лекція)// Педіатрія, акушерство та гінекологія.- 1998.- №2.- С.5-8.
3. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований.- СПб.: ВМедА, 2002.- 266с.
4. Epstein-Barr virus replication in oropharyngeal epithelial cells/ Sixbey, J. W., Nedrud, J. G., Raab-Traub, N. et al. // N. Engl. J. Med.- 1984.- Vol. 310.- P. 1225-1230.



УДК 616.24 – 002 – 036:577.112

*Е.Е. Богацкая,
В.В. Дмитриченко*

С-РЕАКТИВНЫЙ ПРОТЕИН КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Днепропетровская государственная медицинская академия
кафедра факультетской терапии и эндокринологии
(зав. – член-корр. АМН Украины, д. мед. н., проф. Т.А.Перцева)*

Ключевые слова: внебольничная пневмония, С-реактивный протеин, маркер тяжести, шкала PORT

Key words: extrahospital pneumonia, C-reactive protein, marker of severity, PORT scale

Резюме. У роботі висунуто гіпотезу про можливість використання С-реактивного протеїну як показника, що дозволить встановити ступінь тяжкості стану хворих на позагоспітальну пневмонію. Стан тяжкості та клас ризику позагоспітальної пневмонії визначався на підставі шкали PORT та індексу PSI. Виявлено вірогідне збільшення концентрації с-реактивного протеїну із зростанням ступеня тяжкості стану хворих. Зроблено висновок, що С-реактивний протеїн може бути рекомендований як маркер тяжкості позагоспітальної пневмонії.

Summary. In the work a hypothesis about possibility of C-reactive protein use as a finding which will allow to define degree of severity of patients with extrahospital pneumonia was offered. Degree of severity and risk class of extrahospital pneumonia was defined on the basis of PORT scale and PSI index. A probable increase of concentration of C-reactive protein alongside with increase of patients' degree of severity was revealed. A conclusion that C-reactive protein may be recommended as a marker of extrahospital pneumonia severity was drawn.

Внебольничная пневмония (ВП) является широко распространенным заболеванием, которое характеризуется высоким уровнем заболеваемости и смертности во всем мире. Заболеваемость ВП составляет от двух до двенадцати случаев на 1000 населения ежегодно, а также ВП является одной из основных причин летальных исходов, связанных с инфекционными заболеваниями в США [6, 9], Канаде [10], Великобритании [7] и Испании [5]. Действующие руководства предлагают для стартовой терапии тяжелых пневмоний комбинацию β-лактамов антибиотиков и макролидов [8, 9]. Лечение тяжелых пневмоний требует больших экономических затрат в сфере здравоохранения и увеличения потребления антибиотиков, что является фактором риска развития резистентности среди возбудителей пневмонии [4, 11].

Как правило, терапия назначается эмпирически, так как для установления этиологического возбудителя требуется время. К сожалению, в настоящее время не существует ни одного биомаркера, имеющего достаточную чувствительность и специфичность для начала эмпирической антибактериальной терапии, поэтому врачам приходится полагаться на руководства [8, 9]. Неуверенность в эмпирической терапии, субоптимальные уровни антибактериальных препаратов, отсутствие четких критериев для прекращения антибактериальной терапии требуют разработки и внедрения в клиническую практику специфического маркера инфекционного процесса. Кроме того, такой индикатор мог бы помочь в выборе и определении длительности антибактериальной терапии, сроков перехода на пероральный прием антибиотикотерапии [3]. Теоре-