

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ГОСТРОГО ЕПІГЛОТИТУ

Алекберов С.О.¹, проф., д.мед.н. Наконечна О.А.²

Харківська медична академія післядипломної освіти¹

Харківський національний медичний університет², Харків, Україна

Епіглотит як окреме захворювання вперше був описаний у 1878 Michel і названий "angina epiglottidea anterior. Після перенесеної епідемії дифтерії в Україні наприкінці 1990-х – початку 2000-х років, гострий епіглотит став зустрічатися частіше, особливо серед дорослого населення, набув більш агресивного перебігу в плані виникнення тяжких соматичних ускладнень при скороченні терміну спостереження. Важливою є проблема диференціальної діагностики між формами гострого епіглотиту, так як при виникненні абсцесу надгортанника потрібен його негайний розтин, для запобігання тяжких ускладнень з загрозою для життя хворого. У складних діагностичних умовах допомогу при диференціації інфільтративної й абсцедуючої форми може надати вивчення ряду біохімічних показників, які можна виконати в ургентному порядку в кожній лікарні.

Мета дослідження - виявити біохімічні показники в крові хворих з гострим епіглотитом, які можуть бути використані як маркери для диференціальної діагностики між формами гострого епіглотиту.

Матеріали та методи досліджень. Під спостереженням знаходилися 86 дорослих пацієнтів з гострим епіглотитом: 27 — з абсцедуючою формою і 59 – з інфільтративною. При первинному обстеженні у всіх хворих на ГЕ було проведено забір венозної крові для проведення біохімічних досліджень. У сироватці крові хворих досліджено широкий спектр біохімічних показників, згідно зі стандартними загальноприйнятими уніфікованими методами. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб обох полів (лікарі-курсанти). Аналіз і обробку статистичних даних клінічних досліджень проводили і з використанням пакета прикладних програм STATUSTICA 6.0 і MS Excel XP. Для обробки даних використовували дискримінантний аналіз.

Результати досліджень та їх обговорення. «Канонічними коренями» зі всього масиву біохімічних даних виявилися: кількість лейкоцитів крові (у клінічному аналізі), ШЗЕ, α_1 -глобулін, загальний фібриноген, етаноловий тест, бета-нафтоловий тест зсідання крові, протромбіновий час, «гострофазові показники»: СРП, гаптоглобін, глікопротеїни із біохімічних показників крові, що характеризують стан хрящової тканини – загальний гідроксипролін, сумарні хондроїтинсульфати. Якщо підійти ще більш суворо до відбору «Канонічних коренів», то залишаться 4 показники, які і є провідними: α_1 -глобулін, глікопротеїни, С-реактивний протеїн, протромбіновий час.

До α_1 -глобулінів належать такі показники гострої фази як α_1 -глікопротеїн, α_1 -антитрипсин. Ці білки транспортують ліпіди, гормони щитоподібної залози, наднирників (кортикостероїди), прогестерон.

Глобулін - α_1 у хворих на інфільтративну форму складає $5,82 \pm 0,09$ *г/л, при абсцедуючій формі $10,04 \pm 0,41$ *г/л, контроль $4,55 \pm 0,23$ г/л. Глікопротеїни є обломки лейкоцитів і імуноглобулінів. Концентрація глікопротеїнів зростає як відповідь на запальний та деструктивний процес. Збільшення рівня глікопротеїнів у крові відображує деструктивні процеси, а саме розпад сполучної тканини. Глікопротеїни у хворих на інфільтративну форму складають $0,89 \pm 0,03$ *Од, при абсцедуючій формі $1,30 \pm 0,01$ *Од, контроль $0,63 \pm 0,10$ Од. Гострофазові білки – це неоднорідна група білків, що інтенсивно синтезується при розвитку гострої фази запалення за принципом індукцибельної системи генної регуляції. С-реактивний білок (СРБ) - модельний білок гострої фази. С-реактивний протеїн у хворих на інфільтративну форму складає $6,10 \pm 0,19$ *мг/л/год*, при абсцедуючій формі $21,26 \pm 2,19$ *мг/л/год*, контроль $3,45 \pm 0,42$ * мг/л/год. Протромбіновий час є одним з показників зсідання крові і складає відповідно $14,05 \pm 0,18$ *с, $16,89 \pm 0,20$ *с, $13,25 \pm 0,33$ с (*- $p < 0,05$ відносно контролю та між формами).

Висновки

1. У хворих на гострий епіглотит в клінічній картині крові відображаються ознаки запального процесу: лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШЗЕ та визначається гіперфібриногенемія. Найбільш виразні зміни стану гематологічних показників та ендогенної інтоксикації спостерігаються у хворих на абсцедуючу форму епіглотиту.

2. Визначивши 4 маркерних показника які є провідними: α_1 -глобулін, глікопротеїни, С-реактивний протеїн, протромбіновий час і маючи їх підвищення більш, ніж на 50%, ми можемо з упевненістю діагностувати абсцедуючу форму гострого епіглотиту і відповідно призначати відповідне консервативне та оперативне лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ КЛІТИННІЙ ТЕРАПІЇ ПРОМЕНЕВОГО ОПІКУ ШКІРИ ЩУРІВ

Алтухова Л., Фань Лі Вей, Лукан Р., Кот К., Кот Ю., Перський Є.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

Харків, Україна, e-mail: kot.juriy@gmail.com

Вирішальною стадією утворення рани, яка сама не загоюється, при променевих опіках шкіри є запалення. Відомі закономірності розвитку запального процесу дозволяють припустити, що попередити розвиток хронічного процесу утворення рани можна відразу після опромінення введенням в зону ураження фібробластів і кератиноцитів, які синтезують низку структурних та сигнальних молекул з імуномодулюючими властивостями. Для експериментальної перевірки цього припущення вивчено вплив ауто трансплантації композицією фібробластів з кератиноцитами в зону рентгенівського опіку 3-го ступеня на характер розвитку запального процесу. Показниками запалення були обрані експресії генів про- та протизапальних цитокінів IL1A, IL6, IL8, IL12, IL15, IL18, IL13, факторів росту фібробластів