

пациентов (10/180), в остальных случаях отмечался либо только лейкоцитоз, либо только ускорение СОЭ.

**Заключение.**

1. По данным проведенного исследования при остром гнойном синусите проявление интоксикации имеет слабую корреляцию с числом вовлеченных в воспалительный процесс околоносовых пазух, возрастом пациента и данными общего анализа крови.

2. Установлено изменение реакции организма на острый воспалительный процесс в околоносовых пазухах, заключающееся в уменьшении частоты выявления в общем анализе крови лейкоцитоза (21,6%) и ускорения СОЭ (25,5%). При этом одновременно лейкоцитоз и ускорение СОЭ были выявлены только у 5,5% пациентов с острым гнойным синуситом, в остальных случаях отмечался либо только лейкоцитоз, либо только ускорение СОЭ.

3. Оценка интоксикации при остром гнойном синусите на основе вычисления расширенного лейкоцитарного индекса интоксикации превосходит по информативности лейкоцитарный индекс интоксикации Островского: повышение индексов выявлено в 35% и 23,9%, соответственно, отношение шансов 1,7:1 ( $p < 0,05$ ).

4. Расширенный лейкоцитарный индекс интоксикации превышал норму у 35,0% пациентов, что превышает частоту выявления лейкоцитоза (21,6%) и ускорения СОЭ (25,5%).

#### ***Литература.***

1. Сакович, А.Р. Интоксикационный синдром при остром гнойном синусите: клинико-гематологическая оценка / А.Р. Сакович // Мед. панорама. – 2009. – № 9. – С. 102–104.
2. Походенько-Чудакова, И.О. Прогнозирование течения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области: учеб.-метод. пособие / И.О. Походенько-Чудакова, Ю.М. Катакова. – Минск : БГМУ, 2008. – 28 с.

### **ОСТРОФАЗОВЫЙ БЕЛОК КАК МАРКЕР ОСТРОТЫ ПРОЦЕССА ПРИ СИНУСИТЕ Сакович А.Р.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра  
болезней уха, горла и носа, г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Острый инфекционный воспалительный процесс сопровождается развитием комплекса физиологических реакций, направленных на локализацию воспаления и скорейшее восстановление нарушен-

ных функций. Важнейший аспект острой фазы воспаления – существенное изменение биосинтеза белков (так называемые «белки острой фазы»). Концентрация белков острой фазы изменяется и зависит от стадии заболевания и глубины повреждения тканей. Как правило, концентрация белков острой фазы увеличивается в течение первых двух суток. Одним из наиболее «быстрых» и чувствительных белков острой фазы является С'-реактивный белок (СРБ), относящийся к бета-глобулинам. В отличие от многих других белков острой фазы, уровень СРБ возрастает наиболее быстро, начиная с первых 6–8 часов. Синтез СРБ активно инициируется антигенами, иммунными комплексами, цитокинами. Сам по себе СРБ не относится к группе медиаторов иммунитета, но является основным сывороточным компонентом при развитии острой фазы воспаления. Считается, что СРБ стимулирует иммунные реакции, в том числе фагоцитоз, принимает участие во взаимодействии Т- и В-лимфоцитов, активирует классическую систему комплемента. СРБ способен связывать широкий спектр лигандов-компонентов микроорганизмов, токсинов, частиц поврежденных тканей, препятствуя тем самым их распространению. Концентрация СРБ более динамична, возрастает и снижается быстрее, чем, например, СОЭ и в значительной степени сопровождает именно бактериальную, а не вирусную инфекцию. Важно также, что концентрация СРБ имеет высокую корреляцию с активностью заболевания и стадией процесса. В то же время при проведении адекватного лечения имеет место быстрое снижение содержания СРБ. Таким образом, количественное определение концентрации СРБ отражает интенсивность острого воспалительного процесса и имеет важное значение для оценки проводимого лечения [1]. Тем не менее, этот тест, несмотря на его доступность и легкую воспроизводимость, очень редко используется в оториноларингологических исследованиях. Работ по исследованию локальной концентрации СРБ при остром синусите в доступной литературе не найдено.

Цель исследования – расширить возможности оценки локальной воспалительной реакции при остром гнойном синусите (ОГС).

Объекты и методы. Обследованы 58 пациентов с диагнозом ОГС; мужчин – 40, женщин – 18; возраст от 19 до 53 лет. Синусит (с поражением не менее двух пазух) у всех пациентов диагностирован впервые, гнойный характер процесса в околоносовых пазухах (ОНП) был подтвержден пункцией. Исследование СРБ выполнялось в первые сутки поступления методом турбидиметрии (в мг/л). Концентрацию СРБ определяли в сыворотке крови из латеральной стенки полости носа, – таким образом, оценивалась локальная реактивность.

Результаты. Нормальные значения СРБ (до 5 мг/л) были выявлены у 3 из 58 пациентов (3/58; 5,2%). Повышенная концентрация СРБ была выявлена у 55/58 пациентов (94,8%). В интервале значений от 5 до 10 мг/л – у 24/58 пациентов (41,4%), в диапазоне от 10 до 20 мг/л – у 18/58 (31%); и у 13/58 (22,4%) концентрация СРБ превышала 20 мг/л. Максимальное значение концентрации СРБ в рамках данного исследования составило 54,4 мг/л. Таким образом, при ОГС чаще определяется умеренное повышение концентрации СРБ, – от 5 до 20 мг/л, – в 72,4%. С учетом того, что некоторые авторы считают информативным диагностическим критерием бактериального процесса повышение концентрации СРБ более 10 мг/л [2], можно полагать, что у части пациентов с ОГС имеет место так называемый «торпидный вариант», когда СРБ в норме или в «субклиническом» интервале (5–10 мг/л). По данным проведенного исследования такие пациенты составили почти половину, – 27/58 пациентов (46,6 %). Возможно, условно-патогенная микрофлора, преобладающая при ОГС, является слабым раздражителем для активной «запуска» острофазовых реакций. Не исключено также, что в условиях современной экологии слизистая оболочка полости носа и ОНП постоянно испытывает повышенную неспецифическую нагрузку, и это снижает ресурс ответной реакции при внедрении патогенов. Вопрос требует дальнейшего изучения. Интересно также, что корреляция между повышением концентрации СРБ и количеством ОНП, вовлеченных в процесс воспаления, была слабой. Хотя в этой связи нельзя не отметить, что более высокие уровни СРБ (более 20 мг/л) были выявлены в основном у пациентов с поражением трех и более ОНП. Тем не менее, повышение концентрации СРБ в большей степени отражает активность воспалительного процесса в ОНП, а не их число.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что при ОГС почти у половины пациентов (46,6%) концентрация СРБ не превышает 10 мг/л, что свидетельствует о торпидном варианте ответа на микробную инфекцию.

#### **Литература.**

1. СОЭ и СРБ: что предпочтительней? / Ю.В.Пераушин [и др.] // Лаборатория. – 2007. – № 1. – С. 14.
2. Титов, В.Н. Диагностическое значение повышения уровня С-реактивного белка в «клиническом» и «субклиническом» интервалах / В.Н.Титов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2004. – № 6. – С.3 – 10.