

Після проведеного лікування рівні ПБ та АсАТ були достовірно вищими у хворих ГП і склали: ПБ –  $(16,4 \pm 1,6)$  та  $(10,2 \pm 0,8)$  мкмоль/л, АсАТ –  $(118 \pm 7,5)$  та  $(156 \pm 15,6)$  Од/л відповідно. Показники ЗБ, АлАТ були однакові у пацієнтів обох груп. Ер, Нв та МНСН були вищими у хворих ОГ, ( $p < 0,05$ ), тоді як МСV був на одному рівні в обох групах. При виписуванні ЛШ в ОГ був нижчим і склав:  $(0,74 \pm 0,1)$  та  $(1,06 \pm 0,1)$ , ( $p < 0,05$ ), тоді як ГП, ІЗЛК, І лімф. були на одному рівні.

Ліжко-день склав  $(20,9 \pm 0,9)$  та  $(24,5 \pm 1,1)$  відповідно ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, отримані результати використання озонованих розчинів у лікуванні хворих на гострі вірусні гепатити свідчать про ефективність та перспективність даного методу. Озонотерапія дозволяє скоротити перебування хворого в стаціонарі, значно зменшити прояви ендотоксикозу, нормалізувати лабораторні показники.

**Т.П. Бинда**

## **ПРОБЛЕМИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Сумський державний університет**

Гнійний бактеріальний менінгіт (ГБМ) – найтяжче інфекційне захворювання. Локалізація осередку запалення, а також характерні для цього захворювання тяжкі клінічні прояви й генералізація процесу з ураженням різних органів і тканин вимагають швидкого вирішення питання про етіологію захворювання й призначення адекватної антибактеріальної терапії, яка є неоднаковою для гнійних менінгітів різної етіології. Від грамотного й своєчасного проведення досліджень щодо визначення етіологічного агента захворювання і як можна більш раннього початку відповідного етіотропного лікування залежать результат захворювання, показники летальності, кількість і тяжкість післяінфекційних ускладнень. Крім того, дані лабораторної діагностики ГБМ і вивчення основних біологічних

властивостей збудників лежать в основі визначення прогностичних критеріїв у системі епідеміологічного нагляду за ГБМ, у тому числі й за менінгококовою інфекцією, виявити яку на етапі надходження хворого в стаціонар без спеціальних лабораторних досліджень не завжди можливо (відомим проявом менінгококової інфекції є її поширена клінічна форма – менінгококовий менінгіт без менінгококемії, при якій точний клінічний діагноз без лабораторних досліджень поставити неможливо). Тому тільки раціонально організована, комплексна, лабораторна діагностика гнійних менінгітів будь-якої етіології дозволяє вірогідно контролювати стан проблеми цієї інфекційної патології (у тому числі й менінгококову інфекцію).

Організаційна система лабораторної служби з етіологічного розшифрування ГБМ і підтвердження клінічного діагнозу повинна ґрунтуватися на особливостях самого захворювання. Це насамперед найтяжчий симптомокомплекс клінічних проявів, що уже в перші дні хвороби потребує термінового проведення досліджень з визначення етіології захворювання з обов'язковим використанням методів експрес-діагностики. При цьому очевидно, що відповідь повинна бути не тільки швидкою, але й безпомилково точною. Це надзвичайно актуально для ГБМ, тому що ці захворювання поліетіологічні за своїм походженням. Доведено, що практично будь-який мікроорганізм може бути причиною ГБМ, але основних збудників три. Це менінгококи, пневмококи і гемофільні палички типу b, які відповідальні за 85-90% від загальної кількості розшифрованих випадків ГБМ. На виявлення цих основних збудників і повинні сьогодні бути спрямовані всі зусилля й засоби лабораторій, що займаються дослідженням матеріалу від хворих з генералізованими формами менінгококової інфекції (ГФМІ) і ГБМ.

З урахуванням того, що осередком запалення є м'які мозкові оболонки головного мозку і спинний мозок, основним матеріалом для дослідження має бути спинномозкова рідина (СМЖ). Крім того, при генералізації процесу обов'язково досліджують і кров. Отже, виходячи з особливостей перебігу інфекційного процесу й орієнтуючись на власний досвід і досвід багатьох провідних



лабораторій світу; досліджуватися повинні тільки стерильні в нормі рідини організму, у першу чергу СМЖ і кров. Дослідження слизу з носоглотки для підтвердження клінічного діагнозу ГФМІ є недоцільним, і якщо дослідження проводиться і при цьому виділяється збудник, то розцінюватися це повинно як виявлення локалізованої форми – назофарингіту (якщо є клінічні ознаки запалення в носоглотці) або носійство (якщо немає клінічних ознак локалізованого запалення).

У комплексному лікуванні даної групи хворих використовується комбінована антибактеріальна терапія. Емпірична терапія проводиться ампіциліном у поєднанні з цефтріаксоном або цефотаксимом впродовж 10 днів. Другий і третій (в окремих випадках) курс по 7-10 днів включає препарати з урахуванням чутливості виділених з ліквору хворих штамів збудника. До 2000 р. висока чутливість зберігалася до пеніциліну, левоміцетину сукцинату, ампіциліну, гентаміцину. Починаючи з 2000 р. традиційно висока чутливість до пеніциліну практично звелася до нуля, поступившись місцем клафорану, лонгацефу, ципрофлоксацину. Аналогічна тенденція виявляється й у ряді інших регіонів.

Отже, при організації лабораторної роботи з етіологічного розшифрування ГБМ, виходячи з особливостей і найтяжких проявів захворювання, необхідна швидка й точна відповідь відносно виду збудника при комплексному дослідженні СМЖ і крові. Достовірні результати своєчасної етіологічної діагностики можна одержати тільки при використанні декількох методів (мікроскопічний, бактеріологічний, індикація антигенів, молекулярно-біологічний) одночасно за умови застосування стандартних і сертифікованих середовищ та діагностикумів, і це буде сприяти адекватному лікуванню й видужанню хворих відповідно до сучасних принципів доказової медицини.

**М.Д. Близнюк**

**СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ БОРОТЬБИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ**