

Чим ретельніше проведене клінічне обстеження, тим менша необхідність у допоміжних методах. Встановлення остаточного діагнозу деяких із захворювань печінки потребує значних діагностичних зусиль.

Тому необхідним є використання нескладних алгоритмів діагностики, що особливо актуально для догоспітальної ланки системи охорони здоров'я.

Сучасний погляд на «тяжкого» хворого в гепатології полягає у необхідності активного втручання з метою переривання патологічного ланцюга подій. При цьому взаємовідносини лікаря і хворого ґрунтуються на взаєморозумінні, оскільки цілий ряд труднощів у досягненні позитивного результату діагностики та лікування пов'язаний з наявністю факторів, усунення яких неможливо без такої співпраці.

**М.Д. Чемич**

## **ФУНКЦІЇ ШЛУНКА ТА РЕГІОНАРНИЙ КРОВОТІК СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ У ПЕРІОД ПІЗНЬОЇ РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦІЇ ШИГЕЛЬОЗУ**

**Сумський державний університет**

Мета роботи – вивчити зміни регіонарного кровотоку слизової оболонки шлунка (РКСОШ), кислотоутворювальної, кислотонейтралізуючої та скоротливої функцій шлунка після перенесеного шигельозу (Ш), у період пізньої реконвалесценції, а також залежність цих змін від проведеної в гострому періоді терапії.

Обстежено 29 осіб. Усі вони були госпіталізовані в стаціонар з середньотяжким Ш, проліковані та виписані на  $(9,62 \pm 0,48)$  день із клінічним видужанням. Серед обстежених чоловіків було 16, жінок – 13. Вік склав  $(33,46 \pm 2,45)$  років. Під час перебування в стаціонарі вони отримували загальноприйняте лікування і такі препарати: ентеросорбенти – 12; ентеросорбенти і один антибактеріальний препарат – 7; два антибактеріальних

препарати – 10. Дослідження проведено на  $(60,5 \pm 4,8)$  день після виписування зі стаціонару.

При огляді обстежуваних першої групи скарг не було, будь-які патологічні відхилення з боку внутрішніх органів і систем відсутні, всі вважали себе повністю здоровими. Друга група: скарги на відчуття тяжкості в епігастрії після надмірного споживання їжі – 3 особи; будь-які патологічні відхилення з боку внутрішніх органів та систем відсутні; всі вважали себе повністю здоровими. Третя група: скарги на відрижку повітрям (3 особи), печію (2), тяжкість у епігастрії після їжі (3); болючість у епігастрії при пальпації виявили у 3; повністю вважали себе здоровими 6 осіб.

Повна нормалізація РКСОШ у всіх відділах шлунка настала у хворих, лікованих ентеросорбентами. Показники кровотоку значно перевищували дані, отримані в цих хворих у розпал хвороби. Позитивна динаміка стосовно РКСОШ отримана в осіб, у лікуванні яких, окрім сорбентів, використано антибактеріальний препарат. Показники кровотоку всіх відділів шлунка значно перевищували дані, отримані при госпіталізації, та не відрізнялись від норми.

Найнижчі та найгірші в прогностичному плані показники РКСОШ отримані в групі обстежених, у лікуванні яких було використано два антибактеріальних препарати. Кровотік у них був нижчим за норму в усіх відділах шлунка, не відрізнявся від даних, отриманих при госпіталізації. РКСОШ у цій групі був також значно нижче даних осіб, які отримували ентеросорбенти.

Виявлено пряму сильну кореляцію між ступенем відновлення РКСОШ та терапією, яка була проведена в гострому періоді: ентеросорбція  $\leftrightarrow$  антибактеріальна терапія –  $\rho=0,79, 4,13$ .

У осіб, які в гострому періоді ліковані з використанням ентеросорбентів, базальний внутрішньошлунковий рН у період пізньої реконвалесценції позитивно змінювався в усіх відділах, хоча досягав норми лише в пілороантральному відділі. Слід зазначити, що кислотонейтралізуюча функція пілороантрального відділу була достатньою. У середній третині тіла шлунка рН знаходився в кислій зоні, не виходячи з неї весь

період дослідження, рН кардіального відділу був слабкокислим, досягаючи нижньої межі здорових осіб.

У групі обстежених, до лікування в гострому періоді яких застосовувався, крім ентеросорбента, ще антибактеріальний препарат, відбувались подібні зміни, що й в попередній.

Найгірша в прогностичному плані картина спостерігалася у обстежених, лікованих з використанням двох антибактеріальних препаратів. У них натще виявляли безперервне кислотоутворення підвищеної інтенсивності, порушення кислотонейтралізуючої функції пілороантрального відділу. Крім того, у половини виявляли гастроезофагальний рефлюкс. Показники рН у всіх відділах шлунка були нижчими за показники, отримані у лікованих ентеросорбентами.

Існувала пряма сильна кореляція між ступенем нормалізації базального внутрішньошлункового рН та використанням лікарських середників під час перебування в стаціонарі: рН ентеросорбція ↔ антибактерійна терапія –  $r=0,98, 15,75$ .

Після стимуляції найкращі в прогностичному плані дані отримані в групі хворих, для лікування яких використовували ентеросорбенти. Показник рН у кардіальному відділі стійко знаходився у слабкокислій зоні, гастроезофагального рефлюксу не було. У середній третині внутрішньошлунковий стимульований рН знаходився в кислій зоні, мінімальні показники рН перебували на рівні максимальних гострого періоду хвороби. Кислотонейтралізуюча функція пілороантрального відділу достатня. Лужний час у межах норми.

У лікованих з використанням антибактеріального препарату і ентеросорбента, відбувалось покращання даних внутрішньошлункового стимульованого рН порівняно з гострим періодом, хоча і в цій групі нормалізація настала лише в пілороантральному відділі шлунка. Кислотонейтралізуюча функція цього відділу була достатня. Лужний час не відрізнявся від часу здорових осіб, рН кардіального відділу слабкокислий, у середній третині тіла внутрішньошлунковий вміст кислий і коливався від різкокислого до кислого.

Найгірші в прогностичному плані, показники стимульованого внутрішньошлункового рН були виявлені в пацієнтів, лікованих з використанням двох антибактеріальних препаратів. Кислотоутворення було безперервним, підвищеної інтенсивності з порушенням кислотонейтралізуючої функції пілороантрального відділу шлунка, зменшенням лужного часу, виявленням у 80 % гастроезофагального рефлюксу. Показники рН у всіх відділах не наближались до норми і були на рівні показників гострого періоду, нижче від показників усіх обстежених та лікованих з використанням ентеросорбентів.

Пряма сильна кореляція між ступенем нормалізації стимульованого внутрішньошлункового рН та використанням медикаментозних препаратів зберігалась: рН ентеросорбція ↔ антибактерійна терапія –  $\rho=0,99$ , 13,42. Зберігався сильний зворотний зв'язок між кровотоком і внутрішньошлунковим рН: РКСОШ ↔ базальний рН –  $\rho=(-0,80)$ , критерій Стюдента 2,66; РКСОШ ↔ стимульований рН –  $\rho=(-0,77)$ , 2,41, який збільшувався в групі лікованих двома антибактеріальними препаратами: РКСОШ ↔ базальний рН –  $\rho=(-0,82)$ , 2,88; РКСОШ ↔ стимульований рН –  $\rho=(-0,80)$  2,71.

У осіб, у лікуванні яких застосовувався один із ентеросорбентів (поліфепан або сунамол), спостерігали перистальтичні хвилі ритмічного характеру. Частота та амплітуда скорочень значно зменшувались порівняно з періодом госпіталізації в обох відділах шлунка і повертались до норми в пілороантральному. У середній третині тіла шлунка ці показники були вищими, ніж у здорових осіб.

Серед обстежених, у лікуванні яких, крім ентеросорбентів, використовували ще один антибактеріальний препарат, кількість осіб з порушеною перистальтикою була незначною. Скорочення мали ритмічний характер, були однакової величини. І частота, і амплітуда в середній третині тіла шлунка та в пілороантральному відділі значно зменшувались порівняно з гострим періодом та повертались до норми в останньому.

У групі обстежених, до лікувальних середників у гострому періоді яких застосовувалися два антибактеріальних препарати.

не відбувалась нормалізація ритму скорочень. Частота скорочень та амплітуда були значно вищими у всіх відділах шлунка від норми та показників, отриманих у лікованих ентеросорбентами.

Також зберігався сильний зворотний зв'язок між кровотоком і скоротливою функцією шлунка: РКСОШ ↔ частота, амплітуда –  $\rho = (-0,78)$ , критерій Стьюдента 3,02; він посилювався в групі, де для лікування використовувались два антибактеріальних препарати –  $\rho = (-0,94)$ , 6,88.

Отже, апробоване лікування хворих на Ш здійснювало вагомий вплив на кровотік та функції шлунка. Використання з лікувальною метою ентеросорбентів найбільше сприяло нормалізації кровотоку і функцій органа. Антибактеріальні препарати спричиняли негативний вплив на відновлення кровотоку, нормалізацію функції цього органа. Комбінована антибактеріальна терапія вірогідно поглиблює порушення.

**О.М. Хоменко**

## **АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

**Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня  
ім. З.Й. Красовицького**

При обстеженні хворих на пневмонію не завжди вдається виділити збудника. Тому в основі сучасного лікування лежить емпіричний підхід до антибактеріальної терапії з урахуванням анамнезу, епідеміологічної, клінічної ситуації та спектру дії антибіотика.

Актуальним залишається питання використання ступеневого підходу до лікування хворих на НП з тяжким перебігом. Цей вид терапії передбачає два етапи застосування антибактеріального препарату - спочатку парентеральне введення, потім пероральний прийом. Основною метою ступеневої терапії є скорочення тривалості парентерального введення антибактеріального препарату, що сприяє значному зменшенню