

• Джерело зараження і шляхи поширення вірусу не визначені, що робить ситуацію з його поширенням практично не контрольованою.

Дослідження, що проводяться дотепер, підтверджують, що призначення ліків, розроблених для штамів людського грипу, буде ефективним і у разі інфекції пташиного грипу у людини. Було знайдено, що виділений вірус чутливий до амантадину і ремантадину, так званих „М2 інгібіторів”, а також до інгібіторів нейрамінідази – оселтамівіру і занамівіру. За відсутності ефективної вакцини проти пташиного грипу, антивірусні препарати залишаються головним засобом профілактики. Імунізація населення наявними вакцинами проти циркулюючих штамів грипу буде сприяти зниженню ризику коінфекції людей людськими і пташиними штамми вірусу, можливості обміну генетичним матеріалом і появи нового пандемічного штаму.

**І.О.Троцька**  
**«ТЯЖКИЙ» ХВОРИЙ В ГЕПАТОЛОГІЇ**  
**Сумська обласна клінічна інфекційна лікарня**  
**ім. З.Й. Красовицького**

Діагностика гострих та хронічних захворювань печінки є однією із складних і до кінця ще не вирішених проблем сучасної медицини. При цьому справедливим є твердження про те, що «легких» ситуацій у практиці лікаря не буває.

В гепатології «тяжкий» хворий – це хворий насамперед з хронічною прогресуючою патологією печінки вірусної етіології (хронічні вірусні гепатити В і С), автоімунними захворюваннями печінки (автоімунний гепатит, первинний біліарний цироз, первинний склерозивний холангіт), алкогольною хворобою печінки, неалкогольним стеатогенатитом, генетичними захворюваннями (хвороба Вільсона-Коновалова, спадковий гемахроматоз), з поступовим виникненням незворотних циротичних змін, у частини хворих – гепатоцелюлярної карциноми, що супроводжуються тяжкими

клінічними проявами, в тому числі печінково-клітинною недостатністю. Це далеко не повний перелік захворювань у гепатології, які можуть викликати певні труднощі при їх діагностиці.

Важкість діагностики хронічних захворювань печінки також визначається різноманітними позапечінковими проявами – ізольованими або у поєднанні: висипкою, суглобовим синдромом, синдромом Шегрена, цитопенією, вісцеральними ураженнями (нефритом, тиреоїдитом), що часто спостерігаються, особливо при інфікуванні вірусами гепатитів В і С.

Кожний діагноз захворювання печінки, як і будь-якої іншої хвороби, по суті, «диференційний», тобто є результатом детального вивчення та аналізу наявного симптомокомплексу.

Вирішальна роль при цьому належить даним клінічного обстеження хворих у поєднанні з даними епіданамнезу.

Істотно об'єктивізують результати клінічного обстеження лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Загалом діагностика захворювань печінки базується на даних клініко-лабораторного, вірусологічного та морфологічного досліджень.

На етапі лабораторної та інструментальної діагностики в гепатології сьогодні використовуються такі сучасні методи: загальноклінічні, біохімічні, серологічні, методи імуноферментного аналізу (у т.ч. обстеження на маркери вірусних гепатитів, гельмінтозів, аутоімунні та онкологічні маркери), полімеразна ланцюгова реакція, біопсія печінки з цитологічним та гістологічним дослідженнями, аналіз асцитичної рідини, метод УЗД органів черевної порожнини, ендоскопія, рентгенологічна діагностика, магнітно-резонансна та комп'ютерна томографії, радіонуклідні методи.

При цьому вищезазначена параклінічна діагностика повинна використовуватися обережно та обмежено, головна роль належить клінічному обстеженню хворого, тобто оцінці його скарг, правильному збору анамнестичних даних, у тому числі епідеміологічних, інтерпретації фізикальних методів.



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