

1 міс. Клінічна ефективність терапії аміксином та імуномодульовальний ефект препарату підвищувався при збільшенні кількості курсів лікування (до 10 курсів).

Окрім інтерферонотерапії призначали гепатопротектори (есенціале, глутоксим, сирін, тіотриазолін, карсил, легалон, глутаргін), ферментні препарати (креон, мезим-форте, фестал, панзинорм, ензистал, панкреатин), частина хворих отримували похідні жовчних кислот (урсофальк, урсосан, урсохол), жовчогінні засоби, ентеросорбенти.

Діагностична і лікувальна робота гепатоцентру проводиться у співробітництві з кафедрою інфекційних хвороб ОНМедУ. Професорсько-викладацький колектив кафедри впроваджує нові методи діагностики хронічних вірусних гепатитів і проводить пошук альтернативних методів лікування з використанням аналогів нуклеозидів, рекомбінантних інтерферонів, індукторів ендогенного інтерферону та антиоксидантів.

А.С. Сидорчук, Я.В. Венгловська, Н.А. Богачик, С.Р. Меленко

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОПЕЙЗАЖУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРОМУ ШИГЕЛЬОЗІ ЗОННЕ

Буковинський медичний університет, м. Чернівці

Проблема гострих кишкових інфекцій продовжує залишатися актуальною. Соціально-економічні зміни, що відбулися у 90-х роках в Україні, суттєво вплинули на рівень захворюваності на гострі кишкові інфекції.

Ендоекологічна уява про взаємодію мікрофлори людини, зокрема кишкової, і макроорганізму отримує все більше експериментальних та клінічних підтверджень, а сама мікрофлора сприймається як важливий метаболічний і регуляторний компонент, який разом із різними органами і тканинами бере участь у збереженні гомеостазу.

Сучасні світові дослідження свідчать про те, що виникнення патологічних процесів у кишечнику зумовлено не лише масивністю патогенів і їх біологічними властивостями, а й змінами мікробіоценозу.

Метою нашого дослідження було з'ясувати особливості мікропейзажу кишечнику при гострих формах шигельозу Зонне.

Проведено клінічні і лабораторні дослідження (загальноклінічні і бактеріологічні) у 17 хворих на гострий шигельоз, спричинений шигелою Зонне. Перебіг хвороби в усіх обстежених середньої тяжкості, гастроентеритний і гастроентероколітний (у 14 осіб) та ентероколітний (у 3) варіанти. У 10 хворих переважав гастроентеритний варіант – гострий початок хвороби, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, нудота, 1-2-разове блювання, біль в епігастрії та навколо пупка, рідкі випорожнення до 10 разів без домішок слизу і крові, у 6 – біль переважав у лівій здухвинній ділянці, пальпувалась болюча і спазмована сигмоподібна кишка, випорожнення містили домішки слизу і крові.

Зміни мікробіоценозу товстої кишки виявлено в усіх хворих уже при першому дослідженні: зменшення кількості лакто-, біфідофлори, загальної кількості *E. coli*. Встановлено зниження вмісту лактобактерій $<10^6$ КУО/г фекалій у 15 обстежених і тільки у 2 осіб їх рівень досягав 10^6 КУО/г. Водночас кількість біфідобактерій була $<10^7$ КУО/г на тлі зниження загальної кількості *E. coli* нижче $<10^6$ КУО/г в усіх пацієнтів.

Усі хворі отримували базисну терапію: дезінтоксикаційно-регідратаційну з введенням сольових розчинів парентерально та орально, ентеросорбенти (ентеросгель), ферментні препарати, спазмолітики, антибактерійні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин, ентерофурил), а 9 – ще й пробіотик субалін по 2 дози 3 рази на добу впродовж 5 днів.

Після прийому пробіотиків при повторному дослідженні мікробіоценозу товстої кишки відзначено збільшення кількості лакто-і біфідобактерій. Вміст біфідобактерій $<10^7$ КУО/г спостерігався тільки у 6 реконвалесцентів, а кількість лактобактерій $<10^6$ КУО/г – у 9. Показники загальної кількості кишкової палички наближались до норми у більшості осіб і тільки у 3 були нижче нормальних показників.

Таким чином, враховуючи встановлені особливості мікропейзажу товстої кишки у хворих з підтвердженими гострими формами шигельозу, доцільно проводити корекцію виявлених змін за допомогою пробіотичних препаратів.