

є наслідком лікування антибіотиками. Правильним у цьому випадку було б у першу чергу виключити патогенні ентеробактерії (шигели і сальмонели) і визначити умовно-патогенні мікроорганізми, котрі можуть викликати кишкове послаблення, а не визначати збудника харчових токсикоінфекцій, де клініка зовсім інша, ніж при вторинному ентериті, а витрати на обстеження не виправдані.

Іншим прикладом неправильного направлення на мікробіологічне обстеження можуть бути контрольні аналізи в процесі лікування. Діагноз “харчова токсикоінфекція” – але при проведенні обстеження на наявність збудників у ході дослідження виділяється сальмонела. В таких випадках контрольний аналіз правильно було б направити на виявлення тільки сальмонели (тобто 1 вид досліджень), а лікар знову направляє кал для дослідження збудника харчових токсикоінфекцій (8 досліджень). Тобто витрати на дослідження у 8 разів перевищують необхідне.

Недостатнє володіння практичними знаннями в області клінічної мікробіології - досить поширене явище серед вітчизняних лікарів різного профілю.

У багатьох ситуаціях клінічні мікробіологи своїми порадами намагаються допомогти клініцистам в інтерпретації отриманих результатів. Але їх особиста недостатня клінічна практика нерідко перешкоджає цьому.

У кожному випадку рішення приймає лікар-клініцист і тільки він несе відповідальність за вибір лікувальної тактики.

О.П.Панченко

ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ДИЗЕНТЕРІЇ

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Одним із основних проявів дизентерії є ураження слизової оболонки товстого кишечника. Ці прояви залежать від тривалості захворювання. На початку захворювання слизова

оболонка завжди яскраво-червона, набрякла, через 1-2 дні на її поверхні з'являються крапчасті геморагічні виразки, які згодом зливаються і утворюють великі виразки. Завжди ці прояви розвиваються в дистальних відділах товстого кишечника (прямої та сигмоподібної кишок).

За літературними даними (М.А.Андрейчин, О.Л.Івахів, 1998), частота різноманітних уражень слизової оболонки дистального відділу товстого кишечника при дизентерії розподілилася так:

Етіологічна форма	Проктосигмоїдит			
	катаральний	ерозивний	геморагічний	виразковий
Флекснера	28%	35%	17%	20%
Зонне	51%	29%	6%	14%
Ньюкасла	21%	43%	14%	22%

Із наведеної таблиці видно, що найбільш виражені деструктивні зміни в слизовій оболонці товстого кишечника спостерігаються при шигельозі Флекснера та Ньюкасла.

За 1999-2000 рр. було обстежено 12 хворих на гостру дизентерію Зонне ендоскопічними методами (ректороманоскопія). У 8 хворих виявлений катаральний проктосигмоїдит, у 2 – ерозивний проктит, у 1 – геморагічний проктосигмоїдит, у 1 – ерозивний проктосигмоїдит. Вищенаведені спостереження відповідають літературним даним щодо легкого перебігу шигельозу Зонне в порівнянні з іншими етіологічними формами і повинні націлювати усіх лікарів на обов'язкове ректороманоскопічне обстеження всіх хворих з гемоколітом, як з діагностичною метою, так і для більш детального призначення терапії таким хворим.