

таблетке 3 раза в сутки.

Получена статистически достоверная информация о том, что у больных второй группы основные симптомы заболевания и лабораторные показатели приходили к норме на 4-6 дней раньше, чем у больных первой группы. Так симптомы интоксикации купировались к 12-18 дню болезни, желтуха кожи и склер – к 18-21 дню. Нормализация размеров печени зарегистрирована к 19-22 дню, а биохимических показателей – к 19-24.

Затяжное течение ВГА (до 50 суток) наблюдалось у 11 (10,18%) больных только первой группы. Побочных действий от приема препаратов не было зарегистрировано. При контрольном исследовании кала на дисбактериоз у всех больных второй группы отмечалось повышение уровня бифидо- и лактобактерий, нормализация показателей кишечной палочки, уменьшение количества условно-патогенных бактерий, грибов рода *Candida*. Среди больных первой группы бактериограмма изменилась незначительно у 34 (65,38%) больных, а у 18 (34,62%) отмечено ухудшение микробиоценоза кишечника.

Выводы. Применение комплекса пребиотика лактулоза с противовоспалительным препаратом альтан является эффективным в патогенетической терапии ВГА, что позволяет рекомендовать его к использованию в схемах лечения гепатита.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Козько В.Н., Краснов М.И., Андрущенко И.Н., Юрко Е.В.

Государственный медицинский университет, Харьков, Украина

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются актуальной проблемой инфектологии. При лечении ОКИ в большинстве случаев решающее значение отводится адекватной патогенетической терапии. Для антибактериальной терапии существуют четкие показания, по причине развития антибиотикорезистентности у возбудителей ОКИ, формирования дисбиозов кишечника, возникновения длительного бактерионосительства. Поэтому в последние годы осуществляется разработка новых методов дезинтоксикации, основанных на применении энтеросорбентов (Андрейчин М.А. и др., 2002; Козько В.М. и др., 2006).

Применение озонотерапии для лечения больных с ОКИ может рассматриваться как альтернативный подход к дезинтоксикационной терапии, что основано на результатах исследований последних лет, показавших значение процессов перекисного окисления липидов в патогенезе интоксикационного синдрома у больных ОКИ (Андрейчин М.А., Ивахив О.Л., 1998; Андрейчин М.А. и др., 2002). Восстановление динамического равновесия между перекисным окислением и антиоксидантной системой (Щербатюк Т.Г., 1997),

улучшение реологических свойств крови, иммуномодулирующее действие озона позволяет применять озонотерапию как универсальное патогенетическое средство при многих инфекционных заболеваниях (Тондий Л.Д., Ганичев В.В., 2001).

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности применения озонированного физиологического раствора (ОФР) в комплексе терапии ОКИ. Под нашим наблюдением находилось 50 больных острыми кишечными инфекциями, которые были разделены на две группы в зависимости от терапии. 1-я группа составляла 25 больных, которым назначался ОФР в комплексе с регидратационной терапией. Больным назначалось 1-3 введения ОФР. Для ОФР использовался 200 мл физиологического раствора с барботажем 10 мин, концентрацией и скоростью потока озono-кислородной смеси 3,0-4,5 л/мин. 2-я группа получала базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по этиологии, тяжести клинического течения заболевания, полу и возрасту пациентов. Среди обследованных больных в 10 (20%) случаях диагностирована пищевая токсикоинфекция, в 28 (56%) – сальмонеллез гастроинтестинальная форма, в 4 (8%) – иерсиниоз гастроинтестинальная форма, у 8 (16%) больных гастроэнтероколит, вызванный условно-патогенными микроорганизмами.

Сравнительная оценка эффективности терапии показала, что при назначении озонотерапии у больных в 1-й группе наблюдалось достоверное снижение проявлений интоксикации, что выражалось в снижении продолжительности лихорадки ($p < 0,05$), общей слабости, раннем восстановлении аппетита и трудоспособности (табл. 1). Озонотерапия не оказывала существенного влияния на длительность и выраженность проявлений диарейного синдрома.

Таблица 1

Показатели длительности клинического течения в зависимости от проводимой терапии у больных ОКИ

Длительность основных симптомов	1-я группа	2-я группа
Температура	1,8±0,9	4,2±0,5
Головная боль	2,3±0,7	2,5±1,0
Слабость	2,0±0,9	5,3±1,0
Восстановление аппетита	2,3±1,1	3,5±1,0
Тошнота и рвота	2,1±1,0	2,1±1,0
Диарея	5,2±2,1	6,4±1,8

У больных под воздействием озонотерапии наблюдалось изменения в показателях периферической крови. У больных первой группы на фоне улучшения клинической симптоматики через 18-24 часа после проведения

терапии отмечалось достоверное увеличение общего количества лейкоцитов и изменение формулы крови, характеризующееся реакцией со стороны нейтрофилов (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели периферической крови у больных ОКИ
в зависимости от лечения**

Показатель		1-я группа		2-я группа		Достоверность #
		До	* После	До	* После	
Лейкоцитоз		10%	80%	12%	18%	-
Общее количество		8,0±2,5	10,2±1,1	7,4±2,4	5,4±1,4	p<0,05
Нейтрофи- лы	Эозинофилы,%	1,4±0,5	1,0±0,5	1,3±0,5	1,6±0,5	p>0,05
	Палочкоядерн	8,0±4,5	12,4±1,2	10,0±3,0	6,0±1,0	p>0,05
	Сегментоядерн	72,2±2,3	69,8±5,5	68,1±8,9	67,1±2,5	p<0,05
Лимфоциты,%		25,1±8,6	23,4±0,9	23,1±4,5	27,1±5,5	p>0,05
Моноциты,%		7,3±0,4	5,7±1,3	6,8±1,4	8,3±2,4	p>0,05
СОЭ (мм/час)		20,1±6,6	17,7±3,7	20,1±5,6	18,5±5,6	p>0,05
Кровяно-клеточный		4,6±1,6	7,6±0,6	4,2±2,1	3,5±1,0	p<0,05
Лейкоцитарный		5,1±0,6	7,3±0,9	7,3±0,9	7,3±0,9	p<0,05
Гематологический		5,8±0,9	8,1±2,2	4,8±0,9	3,8±0,9	p<0,05

* - исследование проводилось через 18-24 часа после ОФР

- при сравнении показателей крови в группах после терапии.

Динамическое наблюдение за показателями крови у больных с ОКИ в 1-й группе показало, что средняя продолжительность изменений в периферической крови составляет 2,1±0,5 дня. При выписке из стационара изменений со стороны периферической крови не было выявлено и показатели не отличались от результатов во 2-й группе.

Таким образом, применение озонированного физиологического раствора при острых кишечных инфекциях в комплексе с традиционной регидратационной, дезинтоксикационной терапией позволяет сократить длительность интоксикационного синдрома. Реакция периферической крови при озонотерапии у больных с ОКИ требует дальнейшего изучения.

фактора некроза опухолі сприяє розвитку ДВС-синдрому. В результаті виникає розпространена мікроангіопатія і блокада мікроциркуляторного руслу, що в кінцевому підсумку призводить до формування ОНГМ, визначає тяжкість течії та наслідків запального процесу.

ВПЛИВ АМІКСИНУ ІС НА ВМІСТ α -ІФН ТА ІЛ-2 В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Козько В.М., Могиленець О.І., Соломенник Г.О.

Державний медичний університет, обласна клінічна інфекційна лікарня, Харків, Україна

Мета – оцінити ефективність терапії Аміксином ІС у хворих на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) за його впливом на динаміку вмісту α -ІФН та ІЛ-2 в сироватці крові.

Матеріали і методи. Обстежений 71 хворий на грип та інші ГРЗ віком від 18 до 58 років. Залежно від проведеного лікування хворих було поділено на 2 групи. До основної групи увійшли 32 пацієнти, які в комплексі терапії отримували вітчизняний індуктор інтерферону з широким спектром етіотропної та імуномодулюючої активністю Аміксин ІС. Контрольну групу склали 39 хворих, що отримували лише патогенетичне та симптоматичне лікування. За віком, статтю, терміном надходження до стаціонару, наявністю ускладнень групи були репрезентативні. Попередньо було показано клінічну ефективність препарату. У 13 хворих основної та 14 контрольної був визначений вміст сироваткового α -ІФН та ІЛ-2 методом ІФА при довжині хвилі 450 нм за допомогою комерційних тест-систем (ТОВ «Протеїновий контур», Санкт-Петербург, Росія) при надходженні хворих до стаціонару, що відповідало гострому періоду хвороби, та на тлі терапії. Аналізи проводили у відповідності до інструкції фірми-виготвловача тест-систем. Статистичний аналіз даних, що були отримані, проводили методом варіаційної статистики з використанням критерію *t* Стюденту (у тому числі й оцінку точності середньої в «малій вибірці»).

Результати. Вміст α -ІФН у сироватці крові хворих на ГРЗ в основній та контрольній групах до початку лікування мав тенденцію до підвищення по відношенню до здорових донорів ($p > 0,05$) і дорівнював $8,92 \pm 3,67$ пг/мл та $11,4 \pm 4,72$ пг/мл відповідно. Різниця між показниками в групах була недостовірною ($p > 0,05$).

На тлі терапії рівень сироваткового α -ІФН достовірно підвищувався по відношенню до норми як в основній ($p < 0,01$), так і в контрольній групі ($p < 0,02$) та становив відповідно $25,02 \pm 5,49$ пг/мл та $26,49 \pm 7,74$ пг/мл. Різниця між показниками в основній та контрольній групах не була достовірною ($p > 0,05$).

Однак у хворих, що одержували Аміксин ІС, цей показник підвищувався