

НЕІНВАЗИВНИЙ КАНДИДОЗ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРАВОБІЧНОЇ ГЕМІКОЛЕКТОМІЇ: МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

І.Г. Палій, В.Г. Дроненко, С.В. Заїка

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Ключові слова: правобічна геміколектомія, дисбактеріоз, кишковий кандидоз, «Пімафуцин».

Правобічна геміколектомія — найпоширеніший тип оперативного втручання в хірургії ободової кишки — становить 17—34% загальної кількості операцій [1, 2, 9, 19]. Виконують її при доброякісних та злоякісних пухлинах, травматичних та вогнепальних пошкодженнях, дивертикуліті, хворобі Крона та інших запально-дистрофічних процесах, що не підлягають консервативній терапії [17, 20, 23, 24, 26].

Згідно з повідомленнями різних клінік світу, незалежно від локалізації, найчастіше вдаються до оперативних втручань на ободовій кишці при новоутвореннях. Це набуває особливої актуальності, оскільки нині спостерігається зростання захворюваності на злоякісні новоутворення в усьому світі як наслідок збільшення кількості населення планети та його старіння [16]. Про назриваючу глобальну епідемію раку тепер говорять як про майже доконаний факт [25]. Так, за даними і прогнозами Міжнародного агентства з вивчення раку (Ліон, Франція), в 2020 р. кількість нових випадків раку сягне 16 млн, що на 6 млн більше порівняно з 2000 р. [30, 31].

Рак ободової кишки в Україні посідає третє місце в структурі загальної онкологічної захворюваності, а щорічний приріст сягає майже 4% [21]. Поширення патології становить 36 випадків на 100 000 населення і спостерігається стала тенденція до збільшення кількості пухлин товстої кишки. Так, за останніх 30 років захворюваність зросла майже в 4 рази. Щорічно в нашій країні діагностують близько 15 000 нових випадків раку товстої кишки і виконують значну кількість оперативних втручань, пов'язаних з лікуванням цієї патології [18].

На етапі діагностичного пошуку та лікування хворих з пухлинами правої половини товстої кишки головним завданням хірургів-онкологів, радіологів, хіміотерапевтів є проведення радикального лікування (хірургічне втручання, хіміо- та променева терапія), забезпечення мінімальної кількості післяопераційних ускладнень і швидке одужання хворих.

У подальшому хворі залишаються під наглядом лікарів-онкологів поліклінік, які проводять диспансерне спостереження, спрямоване на раннє виявлення рецидиву хвороби. В стратегічному плані успішність лікування оцінюють за показниками трьох-, п'яти-, десятирічного виживання.

Саме тому, якщо у хворого після радикального лікування колоректального раку виникають труднощі з перетравлюванням їжі, то пацієнти часто залишаються наодинці з цими проблемами.

З іншого боку, встановлення діагнозу «рак» несе в собі для хворого певну безнадію і приречення, тому проблеми із порушенням травлення у таких пацієнтів відходять на другий план, чим також пояснюється невелика кількість звертань пацієнтів до лікарів у зв'язку із проблемами порушення функції травного каналу.

Розглядаючи можливі механізми розвитку порушень травлення після геміколектомії, слід згадати головні фізіологічні функції, які виконує товста кишка і які реалізуються у симбіозі із сапрофітною мікрофлорою кишечника: бар'єрна, всмоктування води, мікроелементів і жовчних кислот, виділення токсичних речовин, відбувається синтез вітамінів і вітаміноподібних речовин у просвіті кишки, формування калових мас [4, 11, 14, 27, 32, 33].

Унікальність товстої кишки полягає в тому, що вона виконує бар'єрну функцію між тонкою кишкою (де відбуваються головні процеси травлення та всмоктування їжі) і зовнішнім середовищем. Провідну роль у цьому процесі відіграє ілеоцекальний клапан (баугінієва заслінка) [3, 6, 13, 20, 34]. Сама ж товста кишка є одним із найбільш заселених мікроорганізмами органом. Так, у 1 г вмісту сліпої кишки міститься 2 млрд мікробних клітин (представники 17 сімейств, 45 родів, понад 500 видів), тоді як у тонкій кількості бактерій становить не більше 103—105 мікробних клітин в 1 мл вмісту. Тому порушення анатомічної будови ілеоцекального клапана або його втрата внаслідок правобічної геміколектомії неминуче призведе до інвазії в тонку кишку мікроорганізмів, які у звичайних умовах живуть тільки в товстій кишці. Наслідком такого переселення будуть порушення процесів травлення [6].

Водночас наявність пухлини, проведення хіміо- та променевої терапії призводить, з одного боку, до пригнічення імунітету хворих, а з іншого — до надмірного росту сапрофітної флори товстої кишки, що також сприятиме інвазії агресивнішої умовно-патогенної флори. Крім того, створюються умови для надмірного росту грибів роду *Candida* [22].

Мета роботи — вивчити шляхом анкетування скарги, пов'язані із порушенням травлення у хворих після правобічної геміколектомії і дослідити стан мікрофлори товстої кишки у таких пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено анкетування 107 хворих після правобічної геміколектомії, прооперованих упродовж січня 1997-го — грудня 2003-го. Термін проведення

опитування від моменту операції становив не менше 12 міс задля того, щоб пацієнти могли оцінити свій стан, не пов'язуючи його погіршення із безпосереднім оперативним втручанням.

Анкета побудована у вигляді опитувальника і складалася із двох згрупованих блоків запитань. Кожний блок мав 5 запитань, що загалом становило 10 запитань.

Перший блок запитань стосувався оцінки самопочуття хворих, з'ясування перспектив працездатності, оцінки динаміки маси тіла, що є об'єктивним критерієм визначення самопочуття, вивчення частоти звернень по медичну допомогу. Крім того, цей блок містив пряме запитання стосовно оцінки хворим якості свого життя після операції.

Другий блок запитань мав на меті оцінити роботу травного каналу після правобічної геміколектомії, а саме: перетравлювання їжі, наявність болю та метеоризму, присутність діарейних розладів або закріпів.

До кожного питання нами було розроблено варіанти відповідей, які полегшували завдання хворого, а також давали змогу статистично обробити отриману інформацію. Пацієнти відповідали на запитання шляхом підкреслювання правильного, на їхню думку, варіанта.

З дослідження вилучали хворих після радикальної правобічної геміколектомії, яким додатково проводили хіміо- або променеву терапію.

Середній вік пацієнтів становив ($59 \pm 1,1$) року (від 31 до 79 років). Чоловіків серед обстежених було 53 (49,5%), жінок — 54 (50,5%).

З метою вивчення причин порушення функції травлення із 107 хворих після правобічної геміколектомії ми відібрали 46, які загалом оцінили свій стан як незадовільний, а якість життя — як низьку. Таким пацієнтам було виконано фіброколоноскопію для запобігання рецидиву хвороби та інвазивному кандидозу, а також дослідження якісного та кількісного складу мікрофлори товстої кишки (шляхом посіву калу на дисбактеріоз).

Середній вік хворих, яким проводили фіброколоноскопію та посів калу на дисбактеріоз, становив ($58 \pm 1,7$) року (від 39 до 77 років). Чоловіків серед них було 23 (50%), жінок — 23 (50%). Таким чином, група, в якій проводили детальніший аналіз порушень травлення, за віком, обсягом оперативного втручання та співвідношенням чоловіки/жінки була порівнянна з основною.

Для оцінки кількісного показника бактеріального складу фекалій визначали кількість колонієтворних одиниць бактерій у 1 г фекалій (КУО/г). Для визначення ступеня тяжкості дисбактеріозу в прооперованих хворих ми враховували результати клінічного обстеження і аналіз посіву калу на дисбактеріоз за класифікацією І.Б. Куваєвої та К.С. Ладодо (1991), оскільки, за даними О.Я. Бабака, А.П. Гребенева, В.М. Бондаренко, серед великої кількості класифікацій дисбактеріозів товстої кишки найзручнішою є саме ця класифікація, де враховані клінічні і бактеріологічні критерії [5, 8, 10]. Стан мікрофлори товстої кишки визначали в бактеріологічній лабораторії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова.

Результати та їхнє обговорення

Проаналізувавши відповіді на запитання першого блоку анкети, що стосувалися якості життя хворих, ми отримали такі дані.

Із 107 опитаних пацієнтів тільки 22 (20,7%) оцінили своє самопочуття як добре, ще 46 (49,8%) — як задовільне, 39 (36,5%) — як незадовільне. Позитивну відповідь про збереження працездатності дали 45 (42,1%) хворих, тоді як 62 (64,9%) повідомили про повну або часткову її втрату. Про зменшення маси тіла повідомили 40 (37,4%) хворих. Крім того, ми звернули увагу на той факт, що після правобічної геміколектомії у 42 (39,3%) пацієнтів збільшилася частота відвідування лікарів у зв'язку із погіршенням стану здоров'я. Загалом про погіршення якості життя повідомили 49 (45,8%) хворих.

Аналізуючи відповіді на запитання другого блоку анкети, ми хотіли з'ясувати, чи є порушення травлення після радикальної правобічної геміколектомії. Так, на біль у животі скаржилися 22 (20,6%) хворі, на метеоризм — 38 (35,5%), на відчуття бурчання і переливання в кишечнику — 46 (42,9%), діарейні розлади — 45 (42,1%), домішки неперетравленої їжі в калі — у 17 (15,9%), слиз у калі — 26 (24,3%).

Під час колоноскопії у 46 хворих, що розцінили свій стан як незадовільний, не встановлено рецидивів пухлин та інвазивного кандидозу товстої кишки.

На підставі аналізу посівів калу на дисбактеріоз за класифікацією І.Б. Куваєвої та К.С. Ладодо встановлено, що після правобічної геміколектомії у хворих виникають глибокі порушення стану мікрофлори товстої кишки. У всіх пацієнтів цієї групи діагностовано дисбактеріоз II ступеня і 43 (93,5%) — III.

Встановлено, що для таких хворих характерні збільшення кількості КУО/г стосовно норми гемолізуючої *E. coli*, слабоферментативної *E. coli*, збільшення кількості стафілококів, грибів роду *Candida*, умовно-патогенних бактерій (*Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Citrobacter*) і зменшення кількості КУО/г сапрофітної мікрофлори — лакто- і біфідобактерій.

Привертає увагу той факт, що у 9 (19,6%) хворих спостерігався надмірний ріст грибів роду *Candida*. Слід зазначити, що в жодному випадку гриби роду *Candida* не висівалися у вигляді монокультури. Їх поява в посівах завжди поєднувалася із надмірним ростом слабоферментативної та гемолізуючої *E. coli* і зменшенням кількості КУО/г як лакто- так і біфідобактерій. Схожі результати отримано і в дослідженнях М.А. Шевякова, що свідчить про те, що ураження товстої кишки грибами роду *Candida* відбувається на тлі глибоких патологічних змін кишкової мікрофлори [22].

Таким чином, згідно з аналізом даних анкетування хворих після правобічної геміколектомії, пацієнти погано адаптуються в подальшому житті і в 64,9% втрачають працездатність. Причиною цього є порушення процесів травлення внаслідок втрати ілеоцекального клапана — бар'єрно-регулювальної ланки травного каналу.

Глибокі якісні та кількісні зміни мікрофлори товстої кишки відіграють провідну роль у виникненні порушень травлення в таких пацієнтів. Зміни мікробного пейзажу кишечника пов'язані із руйнацією баугінієвої заслінки, яка виконує функцію фізіологічного бар'єру на шляху проникнення мікрофлори товстої кишки в тонку [28, 29]; ослабленням імунного захисту [22]; тривалим перебуванням хворих у реанімаційному та хірургічному відділеннях через великий об'єм оперативного втручання [28]; широким використанням у

післяопераційний період антибактеріальних фарм-препаратів [12].

У посівах калу на дисбактеріоз у хворих після правобічної геміколектомії, крім порушень бактеріальної мікрофлори, у кожному п'ятому випадку (19,6%) виявляють гриби роду *Candida*. Це треба враховувати під час планування корекції мікрофлори товстої кишки, оскільки призначення антибактеріальних препаратів без відповідних протигрибкових засобів тільки погіршуватиме стан хворих.

Особливу увагу привертає той факт, що під час колоноскопії не діагностовано міцелярного росту грибів роду *Candida*. Це можна пояснити тим, що вони більш тропні до багатощарового плоского епітелію (ротова порожнина, стравохід, періанальна ділянка прямої кишки), ніж до циліндричного епітелію (шлунк, тонка і товста кишки) [22].

Виділяють три головні форми симбіозу грибів роду *Candida* з організмом людини:

1. **Кандидоносійство.** Людина є носієм грибів роду *Candida* без будь-яких клінічних виявів. Кількість КУО/г грибів роду *Candida* в посівах становить $< 10^4$.

2. **Неінвазивний мікотичний процес (неінвазивний кандидоз).** Для хворих характерні клінічні вияви, пов'язані із порушенням травлення їжі (діарея, здуття живота, спастичні вияви з боку тонкої і товстої кишок та ін.). Кількість грибів роду *Candida* в посівах становить $> 10^4$ КУО/г. За такого виду ураження не буває інтоксикаційного синдрому, під час інструментальних досліджень міцелій грибів не діагностують [12].

3. **Інвазивний кандидоз.** Для хворих характерним є загальний інтоксикаційний синдром з ураженням того чи того органа, з яким і будуть пов'язані клінічні вияви. Під час інструментального обстеження візуально видно міцелярні ураження органів. Міцелій грибів виявляють у зішкрябках, біопсійному матеріалі, змивах зі стінок ставоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки. У посівах калу на дисбактеріоз гриби роду *Candida* зазвичай не висіваються [12, 22].

Таким чином, у пацієнтів після правобічної геміколектомії діагностують кандидоз товстої кишки у вигляді неінвазивного мікотичного процесу.

Вимоги до протигрибкової фармакотерапії у хворих з неінвазивним мікотичним процесом після правобічної геміколектомії з приводу злякисних пухлин товстої кишки

Вибраний препарат повинен:

1. Бути максимально чутливим практично до всіх різновидів грибів роду *Candida*.

2. Створювати фунгіцидну концентрацію в просвіті кишки.

3. Не всмоктуватися в тонкій і товстій кишках.

4. Мати добру переносність для пацієнтів.

Усі антимікотичні препарати можна умовно поділити на дві групи. До першої групи належать протигрибкові препарати, що всмоктуються переважно у

верхніх відділах травного каналу (флуконазол, кетоконазол, інтраконазол). Протигрибковий ефект цих препаратів виявляється дією через кров. Їхня концентрація у відділах товстої кишки вкрай мала, що зумовлює дуже низьку ефективність цих препаратів при неінвазивному мікотичному процесі.

До другої групи належать протигрибкові препарати, що практично не всмоктуються в травному каналі (натаміцин, ністатин, клотримазол). Вимогам, які пред'являють до таких препаратів, відповідає натаміцин («Пімафуцин»).

«Пімафуцин» — поліеновий протимікотичний препарат з групи макролідів. Він має широкий спектр протигрибкової активності, особливо щодо грибів роду *Candida*, зокрема *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. glabrata*. Ці гриби найчастіше спричиняють патологічні зміни в організмі людини.

«Пімафуцин», на відміну від ністатину та клотримазолу, виявляє як фунгістатичну, так і фунгіцидну дію. До «Пімафуцину» не встановлено резистентних штамів грибів роду *Candida*.

Важливою особливістю фармакокінетики «Пімафуцину» є вкрай низька його біодоступність, що дає змогу створити велику концентрацію його в просвіті тонкої і товстої кишок. Така особливість фармакокінетики дає змогу ефективно лікувати саме неінвазивний мікотичний процес, спричинений грибами роду *Candida*. Його можна використовувати за певними показаннями у вагітних без загрози для плоду, під час пологів і годування груддю, а також у дітей практично з перших днів життя. Заслужує на увагу і те, що їжа не впливає на фармакокінетику і фармакодинаміку «Пімафуцину».

Схема застосування «Пімафуцину» при лікуванні неінвазивного мікотичного процесу товстої кишки: 0,1 г 4 рази на добу. Курс лікування становить 10—14 днів.

Висновки

1. У 42,1% хворих після правобічної геміколектомії з приводу пухлин правої половини товстої кишки спостерігають діарейний синдром, а у 39,3% — втрату маси тіла, що призводить до повної або часткової втрати працездатності у 64,9% таких пацієнтів.

2. У цієї категорії хворих спостерігаються глибокі порушення мікрофлори товстої кишки: у 93,5% пацієнтів — дисбактеріоз III ступеня і у 6,5% — II ступеня за класифікацією І.Б. Куваєвої та К.С. Ладодо.

3. У посіву калу на дисбактеріоз у кожного п'ятого пацієнта після правобічної геміколектомії діагностують неінвазивний мікотичний процес, пов'язаний з грибами роду *Candida*, який поєднується зі змінами якісного та кількісного складу бактеріальної флори товстої кишки.

4. Призначення «Пімафуцину» (натаміцину) у комплексі з іншими препаратами хворим після правобічної геміколектомії є етіологічно і патогенетично обґрунтованим.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексєєв В.О., Ковальчук А.П., Гудзь О.С. Досвід хірургічного лікування раку ободової кишки: Матеріали Х з'їзду онкологів України. — К., 2001. — С. 93.

2. Алиев С.А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложненных форм рака ободочной кишки // Хирургия им. Н.И. Пирогова. — 1998. — № 8. — С. 58—66.

3. Анохина Г.А., Харченко Н.В. Роль микрофлоры кишечника в норме и патологии // Здоров'я України XXI сторіччя. — 2007. — № 7 (1). — С. 12—14.

4. Ардатская М.Д. Диагностическое значение содержания короткоцепочечных жирных кислот при синдроме раздраженного кишечника // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол.— 2000.— № 3.— С. 36—41.
5. Бабак О.Я., Кушнір І.Е. Сучасна фармакотерапія дисбактеріозу кишечника: Метод. реком.— Харків: Інститут терапії АМН України, 2000.— 28 с.
6. Бабин В.Н., Минушкин О.Н., Дубинин А.В. и др. Молекулярные аспекты симбиоза в системе хозяин-микробиота // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол.— 1998.— № 6.— С. 76—82.
7. Бельмер С.В., Гасилова Т.В. Кишечная микрофлора и антибактериальная терапия // Consilium Medicum.— 2005.— Т. 7, № 1.— С. 78—81.
8. Бондаренко В.М., Грачева Н.М., Мацулевич Т.В. Дисбактериозы кишечника у взрослых.— М.: КМК, 2003.— 224 с.
9. Вибір способу формування міжкишкового анастомозу при ускладненому колоректальному раку / Г.П. Олійниченко, П.І. Гордійчук, К.В. Кошель і співавт.: Матер. XI з'їзду онкологів України (29 травня — 2 червня 2006 р.)— Судак, 2006.— С. 152.
10. Гребнев А.Л., Мягкова Л.П. Болезни кишечника.— М.: Медицина, 1994.— 397 с.
11. Григорьев П.Я., Коровина В.И., Жуховицкий В.Г. и др. Изменения родового состава кишечной микрофлоры и степени обсемененности кишечника: бактериологическая характеристика, клиническое значение, вопросы терапии // Практик. врач.— 1999.— № 16 (3).— С. 14—19.
12. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Загоренко Ю.А. Главный оппортунист нормальной кишечной флоры — *Candida albicans* (кандидоз органов пищеварения) // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 4 (24).— С. 99—106.
13. Иванов В.В. Особенности артериального кровоснабжения илеоцекального угла и резекция терминального отдела подвздошной кишки // Вестн. хирургии.— 1969.— № 7.— С. 116—118.
14. Куваева И.Б., Ладодо К.С. Микробиологические и иммунные нарушения у детей.— М.: Медицина, 1991.— 240 с.
15. Лесовой В.С., Липницкий А.В., Очкурова О.М. Кандидоз ротовой полости // Пробл. мед. микол.— 2003.— Т. 5, № 1.— С. 21—26.
16. Напалков Н.П. Демографический процесс и злокачественные новообразования: Матер. III съезда онкологов СНГ.— Минск, 2004.— Ч. 1.— С. 15—30.
17. Саламов К.Н., Воробьев Г.И., Ачкасов С.И. и др. Определение границ резекции толстой кишки при дивертикулезе // Хирургия им. Н.И. Пирогова.— 2001.— № 1.— С. 80—85.
18. Соломенцева Т.А. Предопуховая патология пищеварительной системы // Здоров'я України XXI сторіччя.— 2007.— № 7 (1).— С. 68—75.
19. Стариков В.И., Айман Дарак, Вонзицин Б.Б. Профилактика несостоятельности анастомоза при хирургическом лечении рака ободочной кишки // Междунар. мед. журн.— 2003.— № 1.— С. 93—95.
20. Тиммербулатов В.М., Сахаутдинов В.Г., Мехдиев Д.И. Дивертикулярная болезнь толстой кишки.— М.: Триада-Х, 2000.— 192 с.
21. Шалимов С.А., Федоренко З.П., Гулак Л.О. Структура заболеваемости населения Украины злокачественными новообразованиями // Онкологія.— 2001.— Т. 3, № 2—3.— С. 91—96.
22. Шевяков М.А. Диагностика и лечение кандидоза пищевода // Фарматека.— 2005.— № 7 (102).— С. 60—63.
23. Шеянов С.Д. Клинико-экспериментальное обоснование алгоритма лечения при повреждениях ободочной кишки // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.— 2000.— Т. 159, № 5.— С. 28—34.
24. Шулуток А.М., Моисеев А.Ю., Зубцов В.Ю. Первичные одномоментные операции при опухолевой толстокишечной непроходимости // Рос. мед. журн.— 2000.— № 2.— С. 22—26.
25. Alberti G. Noncommunicable diseases: tomorrow's pandemics // Bull. WHO.— 2001.— Vol. 79, N 10.— P. 907.
26. Anthony T., Hynan L S., Rosen D. et al. The association of pretreatment health-related quality of life with surgical complications for patients undergoing open surgical resection for colorectal cancer // Ann. Surg.— 2003.— Vol. 238, N 5.— P. 690—696.
27. Cherbut C., Aube A.C., Blottiere H.M., Galmiche J.P. Effects of short-chain fatty acids on gastrointestinal motility // Scand. J. Gastroenterol.— 1997.— Vol. 32, suppl. 222.— P. 58—61.
28. Kankel J.M., Rosenthal D. Managment of the ileo-cecal syndrome neutropenic enterocolitis // Dis.Colon-Rectum.— 1986.— Vol. 29 (3).— P. 196—199.
29. Layer P., Groger G. Regulation of gastrointestinal function by the ileocecal area // J. Gastroenterol.— 1992.— Vol. 30 (12).— P. 873—877.
30. Parkin D.M. Global cancer statistics in the year 2000 // Lancet. Oncol.— 2001.— Vol. 2, N 9.— P. 533—543.
31. Parkin D.M. et al. (eds.). Cancer Incidence in Five Continents. Vol. VIII. IARC Sci. Publ. N 155.— Lyon: IARC, 2002.— 781 p.
32. Salminen S., Salminen E. Lactulose, lactic acid bacteria, intestinal microecology and mucosal protection // Scand. J. Gastroenterol.— 1997.— Vol. 32, suppl. 222.— P. 45—48.
33. Short Chain Fatty Acids // Congress Short Report Falk Symposium.— Strasbourg, 1993.— 50 p.
34. Uros-Tristan J., Alonso-Jimenez L., Arteaga-Garcia R. et al. Surgical options valve. Intestinal valv, intestinal duplication // Cir-Pediatr.— 1995.— Vol. 8 (2).— P. 76—80.

НЕИНВАЗИВНИЙ КАНДИДОЗ ЯК ОСЛОЖНЕННЯ ПРАВОСТОРОННЬОЇ ГЕМИКОЛЕКТОМІЇ: ВОЗМОЖНІ ПУТІ ЕГО КОРРЕКЦІЇ

І.Г. Палий, В.Г. Дроненко, С.В. Заїка

Приведені результати вивчення скарг хворих, пов'язані з порушенням процесів травлення після правосторонньої геміколектомії, аналіз стану мікрофлори товстої кишки у таких пацієнтів. У кожного п'ятого хворого виявлено неінвазивний микотичний процес, пов'язаний з грибами роду *Candida*, в поєднанні з змінами якості та кількості складової бактеріальної флори товстої кишки. Етіотропним засобом лікування таких хворих слід вважати «Пімафуцин».

NON-INVASIVE CANDIDOSIS AS THE COMPLICATION AFTER RIGHT HEMICOLECTOMY: POSSIBLE APPROACHES TO ITS CORRECTION

I.G. Paliy, V.G. Dronenko, S.V. Zaika

The article presents the results of the study of complaints associated with digestive disorders after right hemicolectomy as well as the analysis of the large bowel microflora state in these patients. Every fifth subject appeared to have non-invasive *Candida* fungi-associated mycotic process, combined with the alterations in qualitative and quantitative composition of bacterial flora of large bowel. Pimafucin should be considered as an etiotropic agent of treatment of these patients.