

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.А. АБДИРАСИЛОВА

М.Айкимбаев атындағы Карантин және зоонозды инфекциялардың Қазақ ғылыми орталығы, Алматы қ.
ОБАНЫҢ ТАБИҒИ КӨЗДЕРІН БАҚЫЛАУДАҒЫ МОЛЕКУЛЯРЛЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

КНЦКЗИ өндірудің экспериментальды ПЦР жиынтығы дала материалы штаммдары мен сынамалары моделіндегі тестілеу кезіндегі жоғары сезімталдық және ерекшелікті көрсетті. Бұрын серологиялық зерттеулерге сәйкес фракционсыз деп есептелген оба микробозының коллекциялық штаммдары жиынтығынан КНЦКЗИ, ПЦР әдісімен 89% штаммдарда *cafI* гені анықталған. ПЦР диагностикалық артықшылығы биттер суспензиясы моделінде көрсетілген болатын. Алынған нәтижелер молекулярлы эпидемиология әдістерін жетілдіру және Қазақстанның обаның табиғи көздерін эпидемиологиялық бақылау жүйесіне енгізу қажеттілігі туралы куәландырады.

SUMMARY

A.A. ABDIRASILOVA

The Kazakh scientific center of quarantine and zoonous infections named after M. Aikimbayev, Almaty c.

MOLECULAR EPIDEMIOLOGY IN CONTROL OVER NATURAL PLAGUE FOCI

The experimental PCR kit produced by the Kazakh scientific center of quarantine and zoonous infections (KSCQZI) showed high sensitivity and specificity at testing for field data strain models and samples. Out of the KSCQZI collection strains of plague microbes, which were considered fractionless according to the serologic examinations, 89% of strains showed the presence of *cafI* genes by PCR method. The diagnostic advantage of PCR was also demonstrated on the flea suspension model. The obtained results indicate the necessity of improvement and introduction of molecular epidemiology methods into the system of epidemiological supervision of natural plague foci in Kazakhstan.

УДК 616.34-008.314.4-002

Г.Ж. САРТАЕВА

Медицинский центр «Medical Assistance Groop», г. Астана

ИНФЕКЦИОННАЯ ДИАРЕЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Диарея инфекционной природы принадлежит в настоящее время к числу наиболее распространенных заболеваний и занимает по своей частоте второе место после острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: *инфекционная диарея, иммунологические методы диагностики, антибактериальные препараты, антибиотикотерапия.*

Возбудителями инфекционной диареи могут быть различные агенты, способные определять своеобразие клинической картины заболевания, особенностями диагностики и лечения [1, 2].

В структуре этиологических факторов бактериальной диареи в настоящее время произошли существенные изменения. Уменьшилась частота инфекционной диареи, вызванной привычными возбудителями (шигеллами, сальмонеллами), и возросло число случаев заболеваний, обусловленных энтеропатогенными штаммами кишечной палочки и кампилобактерной инфекцией [3].

Патофизиологические механизмы бактериальной диареи включают в себя выработку энтеротоксина, повышающего активность аденилатциклазы и стимулирующего таким образом секрецию воды и электролитов энтероцитами (например, при инфекции, вызванной холерным вибрионом, клостридиями, энтеротоксигенными штаммами кишечной палочки), или же непосредственную инвазию бактерий в эпителиальные клетки слизистой оболочки кишечника с их последующим повреждением и развитием воспалительной реакции (при шигеллезной инфекции, инфекции, вызванной энтероинвазивными штаммами кишечной палочки, иерсиниозе, сальмонеллезе).

Диагностика бактериальной диареи предполагает проведение клинического анализа крови (выявляется лейкоцитоз со сдвигом формулы влево) и ректороманоскопии (картина острого проктосигмоидита при шигеллезной инфекции), а также поиск этиологического фактора, послужившего причиной ее развития. Посев кала с его последующим микробиологическим исследованием дает положительный результат примерно у 40-60% больных с острой диареей, протекающей с лихорадкой и появлением лейкоцитов в кале [4]. При отрицательных результатах посевов используют иммунологические методы диагностики. Так, применение

иммуноферментных методов позволяет обнаружить антитела к кампилобактеру и сальмонеллам. Энтеротоксины патогенных штаммов кишечной палочки можно выявить с помощью полимеразной цепной реакции и латексной агглютинации. При шигеллезах уже в первые дни болезни при использовании метода гемагглютинации можно определить антитела к антигену 0.

Антибактериальные препараты, прежде широко применявшиеся при лечении бактериальной диареи, в настоящее время назначаются дифференцированно, с учетом вида возбудителя и тяжести течения заболевания. Следует иметь в виду, что многие формы инфекционной диареи заканчиваются самоизлечением в течение 5 дней на фоне регидратационной терапии [5].

Антибиотикотерапия, проводимая у больных с шигеллезом, способствует уменьшению длительности лихорадки и укорочению периода носительства микроорганизмов. Препаратом выбора является ко-тримоксазол, назначаемый в дозе 960 мг 2 раза в день в течение 5 дней. С учетом возможной устойчивости к данному препарату вместо него можно применять также налидиксовую кислоту (по 1 г 4 раза в день), норфлоксацин (по 400 мг 2 раза в день) или ципрофлоксацин (по 500 мг 2 раза в день). Ампициллин и доксициклин используются лишь при подтверждении чувствительности к ним высеянных штаммов бактерий. В качестве резервного метода лечения рассматривается применение цефтриаксона (по 1 г в день внутривенно в течение 5 дней).

При лечении неосложненного кампилобактериоза антибиотики обычно не играют существенной роли, поскольку клинические проявления этого заболевания часто полностью стихают в таких случаях еще до выявления возбудителя. Антибактериальные средства применяются обычно при тяжелом течении заболевания, выраженной интоксикации, наличии крови в кале. Основным препаратом для лечения кампилобактериоза служит эритромицин,

который назначается в дозе 1 г в сутки (в 2 или 4 приема) на протяжении 57 дней. Эффективны также тетрациклины (например, доксицилин по 200 мг в 1-й день и далее по 100 мг в день) и фторхинолоны. При кампилобактерной септицемии применяют гентамицин (в дозе 45 мг на 1 кг массы тела), цефтриаксон (1 г в сутки) или хлорамфеникол (3 г в сутки).

При иерсиниозе антибактериальное лечение проводится только в тяжелых случаях заболевания. Препаратами выбора при этом следует считать гентамицин (5 мг на 1 кг массы тела в день внутривенно) или хлорамфеникол (50 мг на 1 кг массы тела в день внутривенно или перорально). Продолжительность лечения должна составлять не менее 2 нед.

Применение антибиотиков при холере способствует быстрому исчезновению холерного вибриона из фекалий и уменьшению длительности диареи. Препаратом выбора остается тетрацилин (250 мг каждые 6 ч в течение 4 дней). Можно использовать также фуразолидон (в дозе 5 мг на 1 кг массы тела в день, разделенной на 4 приема, в течение 3 дней), хлорамфеникол (500 мг 4 раза в день в течение 7 дней) и ко-тримоксазол (960 мг 2 раза в день в течение 1 нед).

Использование симптоматических антидиарейных средств при лечении инфекционной диареи, вызванной энтероинвазивными бактериями (шигеллами и сальмонеллами), не показано, поскольку они замедляют элиминацию микроорганизмов и удлиняют продолжительность заболевания. Их назначения следует избегать и при высокой лихорадке, выраженной интоксикации, а также при наличии лейкоцитов и крови в кале, из-за опасности развития токсической дилатации толстой кишки (токсический мегаколон).

Синдром избыточного роста бактерий – специфический вариант инфекционной диареи, в основе которого лежит увеличение содержания бактерий в тонкой кишке (с 10^4 - 10^7 /мл до 10^{11} /мл). Синдром избыточного роста бактерий возникает в тех случаях, когда замедляется пассаж содержимого по тонкой кишке (например, после операций на желудке и кишечнике, при спаечном процессе, стриктурах кишечника) или нарушается функция илеоцекального клапана (резекция слепой и подвздошной кишки), в результате чего содержимое толстой кишки попадает в просвет тонкой кишки.

Синдром избыточного роста бактерий клинически проявляется диареей с последующим развитием синдрома мальабсорбции. Диагноз основывается на результатах дыхательного теста, проводимого с меченой лактулезой,

а также на обнаружении повышенного содержания микроорганизмов ($>10^6$) в дуоденальном аспирате. Лечение синдрома избыточного роста бактерий должно быть направлено на устранение заболеваний, послуживших причиной его развития (опухоль тонкой кишки, спаечный процесс, свищи и т.д.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Speelman P. Acute gastrointestinal infections and their complications. Current topics in gastroenterology and hepatology (Ed. G.N.J. Tytgat, M. van Blankenstein). Stuttgart-New York, 1990; 817
- 2 Ивашкин В.Т. Инфекционная диарея в практике гастроэнтеролога // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997 – №5. – С. 517
- 3 Slutsker L., Ries A.A., Greene K.D. et al. Escherichia coli O157 : H7 diarrhea in the United States: clinical and epidemiologic features. Ann. Intern Med. 1997; 126: 505-13
- 4 Богомолов Б.П. Диарея в дифференциальной диагностике инфекционных болезней // Клин. мед. – 1997. – №7. – С. 812
- 5 McQuaid K.R. Diarrhea. Current medical diagnosis & treatment (Ed.L.M. Tierney, S.J. McPhee, M.A. Papadakis). 38th Ed. Appleton & Lange. Stamford, 1999; 54652

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

Г.Ж. САРТАЕВА

«Medical Assistance Group» Медициналық орталық, Астана қ.

ДӘРІГЕР-ТЕРАПЕВТТІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ДИАРЕЯ

Осылайша, ұсынылған мәліметтер, жалпы профилдегі дәрігерге клиникалық практикада инфекциялық диареяның клиникалық ерекшеліктері бар, аурудың қоздырғышы болып келетін әртүрлі түрлері мен нұсқалары кездесетінін көрсетеді. Бұл ерекшеліктерді білу дұрыс диагноз қою үшін және дұрыс емдеу тағайындау үшін өте қажет болып табылады.

S U M M A R Y

G.Zh. SARTAYEVA

Medical Center «Medical Assistance Group», Astana c.

INFECTIOUS DIARRHEA IN PRACTICE OF A THERAPEUTIST

Thus, the provided data show that, in clinical practice, general practitioners may encounter various forms and types of infectious diarrhea, often with clinical features caused by pathogens. Knowledge of these features is essential for correct diagnosis and appropriate treatment assignment.

УДК: 616.24-07-08:616.12

Н.А. БЕЗБАЛИНОВА

Отделение скорой медицинской помощи поликлиники, г. Лисаковск

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В статье показано, что частота встречаемости бронхиальной астмы в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы составляет 88,3%. Наибольшее количество больных с тяжелым течением – 55%, средней степени тяжести – 44%. Патология органов кровообращения чаще регистрируется уже на фоне имеющейся бронхиальной астмы. У части больных терапия кардиальной патологии до диагностики бронхиальной астмы включала препараты, влияющие на гиперреактивность, и могла способствовать формированию или обострению астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, патология сердечно-сосудистой системы, степень тяжести, лечение.