

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

ТҰЖЫРЫМ

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.

SUMMARY

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.

В настоящее время большую распространенность получило сочетание бронхиальной астмы (БА) и заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), которые вносят существенный вклад в формирование ситуации взаимного отягощения [1]. Наиболее часто встречается сочетание БА и артериальной гипертензии (АГ). Неконтролируемая АГ оказывает существенное негативное влияние на внутрилегочную гемодинамику и бронхиальную проходимость. По данным разных авторов, частота выявления АГ у лиц с бронхиальной обструкцией в среднем составляет 34,3% [2]. В работах ряда авторов отмечалось, что у 20–25% пациентов АГ начинается на несколько лет позже легочного заболевания [3]. Современные подходы к ведению больных АГ в сочетании с БА предполагают тщательный контроль за уровнем АД и более раннее назначение антигипертензивных препаратов (АГП), которые должны быть совместимы с базисными средствами лечения БА и не оказывать негативного влияния на ее течение. Некоторые АГП способны вызывать астматические приступы и другие нежелательные реакции [4]. Препаратами выбора в лечении АГ при БА признаны антагонисты кальция (АК) (производные дигидропиридина), оказывающие непосредственное вазодилатирующее влияние на сосуды легких.

Публикации последних лет свидетельствуют, что сочетание БА и атеросклероза все чаще встречается в повседневной клинической практике, что обусловлено как повышением заболеваемости ИБС и БА, так и увеличением гериатрической популяции больных, у которых подобное сочетание весьма распространено [5]. Сочетание ИБС и БА у одного больного носит случайный характер; вряд ли справедливо рассматривать легочное заболевание как возможный провокатор атеросклеротического поражения венечных артерий сердца. В период обострения БА происходит регресс клинических и ЭКГ-проявлений ИБС, тогда как после купирования легочного процесса отмечается возврат симптомов ИБС и отчетливо чаще регистрируются эпизоды преходящей ишемии миокарда. Таким образом, из вышеуказанного следует, что целью исследования явилось изучение влияния заболеваний ССС на течение и степень тяжести БА, роль базисной и симптоматической терапии.

Материал и методы

Проанализированы основные аспекты 104 карт вызовов скорой медицинской помощи (СМП) больных БА от 15 до 76 лет: время установления диагноза БА и заболевания ССС, длительность течения БА, количество обострений за последний год и число госпитализаций, а также терапия БА и заболеваний ССС. Статистическая обработка результатов проведена с помощью прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.0 («StatSoft Inc.», США).

Результаты и обсуждение

Большинство пациентов имеют возраст старше 50 лет – 61%, из них доля пациентов старше 60 лет составляет 39,5%. У лиц в возрасте до 20 лет астма зарегистрирована лишь в 4,9% случаев, в то время как известно, что БА возникает чаще в более раннем возрасте, и такой низкий удельный вес у молодых свидетельствует о недостаточной диагностике ранней, более легкой степени тяжести БА. Обращает на себя внимание резкое снижение заболеваемости БА в возрасте от 31 до 40 лет – 6,6% от общего количества больных, а у пациентов 21–30 лет – данный показатель почти в 2 раза выше – 12,9%. Это связано с отсутствием четкого динамического наблюдения со стороны врачей поликлиник за трудоспособной категорией пациентов БА. Занятость больных в социально активном производстве, отсутствие времени на посещения врача и критического отношения к своему здоровью в дальнейшем приводят к нерегулярному лечению и прогрессированию не только астмы, но и другой серьезной

соматической патологии, в том числе и ССС, не диагностируемой своевременно.

Большинство пациентов имели сопутствующие внелегочные заболевания – 68,6% больных, не зарегистрированных изменений со стороны других органов у 31,4% человек. Кроме заболеваний ССС, достаточно часто встречались патология желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, паразитарная инвазия, болезни ЛОР-органов.

Средний возраст пациентов, страдающих БА и не имеющих сопутствующей патологии, был достоверно меньше, чем у лиц с сопутствующими заболеваниями, – 39,9±0,4 и 59,1±0,3 года, соответственно. Достоверно меньше был стаж заболевания БА в группе без сопутствующей патологии – 7,69±0,2 года, в сравнении с больными, имеющими таковую, – 9,36±0,2 года. Женщины чаще имели сочетание нескольких заболеваний (73,2%), чем мужчины (26,8%).

У пациентов, имеющих заболевания ССС, наиболее часто встречаемая длительность течения БА составляла 7–10 лет (25%).

По формам БА, согласно МКБ-Х, при отсутствии патологии со стороны других органов преобладал экзогенный вариант астмы (ЭкБА) (51,3%); больше 1/4 приходилось на смешанную форму (СБА) (25,3%) и у 23,4% диагностирована эндогенная БА (ЭнБА). Картина меняется при появлении сопутствующих заболеваний: значительно уменьшается удельный вес ЭкБА (18,9%); почти поровну приходится на ЭнБА и СБА (40,5% и 40,6%, соответственно). Сочетание у пациентов нескольких заболеваний приводит к взаимовлиянию, и категория лиц, имеющих тяжелое и среднетяжелое течение БА, среди больных с сочетанной патологией увеличивается в 2–3 раза. И частота встречаемости БА в сочетании с заболеваниями ССС очень высока и составляет 88,3%. В этой группе наибольшее количество больных с тяжелым течением БА – 55%, со средней степенью тяжести – 44%, а с астмой легкого течения всего 1% пациентов.

Обострения, требующие вызовов врача СМП, были у многих пациентов, однако достоверно различались и были значительно выше у лиц, имеющих сопутствующую патологию, – 56,4%, особенно в сочетании с болезнями ССС, что составило 69,5%; без сопутствующих заболеваний – у 34,5% больных. К услугам СМП пациенты БА, имеющие нарушения ССС, прибегали также более часто – в 33,9% случаев, и количество вызовов на одного больного составило 4,46±0,17, а у отдельных пациентов достигало 36–53 раз. Треть пациентов (33,9%) имела госпитализации в среднем 1,3±0,04 на одного больного, в отдельных случаях до 3–4 раз в год.

Распределение по основным нозологическим формам было следующим: ИБС стенокардия зарегистрирована у 40,9% больных; ИБС инфаркт миокарда – у 3,3%; ИБС нарушение ритма – у 11,4%; АГ – у 73,5%; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) диагностирована у 32%. Наиболее часто встречались следующие комбинации заболеваний ССС: АГ и ИБС – у 37% пациентов; АГ, ИБС и ХСН – у 33% больных, на сочетание других вариантов приходится от 3 до 9%.

По степеням АГ пациенты распределились следующим образом: I степень – у 4%, II степень – у 49% и III степень – у 20,5%. Проявления ХСН диагностированы у 15% – I степени, II степени – у 13%, III степени – у 4%. Больных с IV степенью ХСН не зарегистрировано. Следует отметить, что у 26% больных заболевания ССС были диагностированы до выявления БА, у 4% одновременно с БА и у 43% после выявления БА. В связи с чем можно предположить, что БА явилась провоцирующим фактором в возникновении или обострении заболеваний органов кровообращения.

Большое, если не основное влияние на течение и исход БА, контроль симптомов оказывает адекватная терапия в

сочетании с устранением факторов риска и коррекцией сопутствующей патологии. Анализ списка лекарств, назначаемых при БА, показал, что всего лишь 87% получали базисную противовоспалительную терапию, 13% – симптоматическое лечение (β 2-агонисты короткого действия и эуфиллин недопустимы, так как эти препараты не только не оказывают противовоспалительного действия, но и обладают выраженным кардиотоксическим эффектом). Большинство больных принимали ИГКС, однако сочетание их с другими препаратами было не всегда рационально. Назначение β 2-агонистов короткого действия должно быть только по потребности, но 22% получали их планово в сочетании с ИГКС. Значительно реже назначались ИГКС в сочетании с β 2-агонистами длительного действия (6%) или фиксированные комбинации ИГКС и β 2-агонистов длительного действия (серетид и симбикорт). Достаточно высока доля (16%) лиц, находящихся только на системных глюкокортикостероидах (СГКС), что тоже нежелательно, так как они вызывают выраженные побочные эффекты.

Достаточно интересные данные получены в результате анализа терапии заболеваний ССС до диагностики БА: 65% больных получали β -адреноблокаторы (при длительном применении могут вызывать гиперреактивность и приводить к формированию БА); 42% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (у части больных вызывают кашель). После диагностики БА терапия заболеваний ССС выглядела иначе: наиболее часто назначались иАПФ – 66% и диуретики – 62%, вероятно, это связано с наличием ХСН у большинства больных. Редко назначались АК – 30%, нитраты – 8%, антиагреганты – 35%, сердечные гликозиды – 2%, блокаторы К-каналов – 1%. β -адреноблокаторы не назначались.

Таким образом, в структуре заболеваемости БА по обра- щаемости отмечается преобладание больных старшего возраста, имеющих не только астму, но и другую патологию, включая заболевания ССС. Пациенты, страдающие сочетанной патологией заболеваний ССС и БА, имеют более тяжелое течение астмы. Выявлено, что патология ССС чаще диагностируется уже на фоне имеющейся БА. Однако у части больных терапия кардиальной патологии до диагностики БА включала препараты, влияющие на гиперреактивность, и могла способствовать формированию или обострению астмы. Базисная терапия БА в большинстве случаев не соответствовала степени тяжести астмы и лечению бронхиальной астмы, возможно, этим частично и объясняется большое количество больных, имеющих тяжелое течение заболевания. Отсутствие контроля симптомов астмы связано также с нерегулярным исследованием функциональной способности легких и с недостаточным вниманием к диагностике и лечению сопутствующих заболеваний органов ССС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Демко И.В., Петрова М.М., Гордеева Н.В., Коломагина Л.К. Бронхиальная астма: особенности клинического течения и лечения в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – Т. 52, № 4. – С. 71-77
- 2 Зарипова Т.Н., Антипова И.И., Смирнова И.Н., Ляпунова И.Ю. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы в сочетании с гипертонической болезнью // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – Т. 8, № 4. – С. 33-36
- 3 Казаковцева М.В., Лайкова Т.С., Позолотина С.В. Прогноз у пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с бронхиальной астмой // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8. – № 5. – С. 138а-138
- 4 Нурмагомаева З.С., Магомедова З.С., Нурмагомаев М.С. Клинические особенности течения бронхиальной

астмы у лиц пожилого и старческого возраста // Успехи современного естествознания. – 2006. – № 5. – С. 52-53
5 Княжеская Н.П. Тяжелая бронхиальная астма // Лечебное дело. – 2008. – № 2. – С. 52-58.

Т У Ж Ы Р Ы М

Н.А. БЕЗБАЛИНОВА

Емхананың жедел медициналық көмек бөлімшесі, Лисаковск қ.

КЛИНИКА ЖӘНЕ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІ ПАТОЛОГИЯСЫ ФОНЫНДАҒЫ БРОНХИАЛЬДЫ АСТМАНЫ ЕМДЕУ

Қазіргі уақытта бронхиальды астма (БА) мен жүрек-тамыр жүйесі (ЖТЖ) ауруларының үйлесімі өте көп тараған, олар өзара ауыртпалық түсіру жағдайларының қалыптасуына маңызды үлес қосады. Зерттеу мақсаты ЖТЖ ауруларының БА өтеуі мен ауырлық дәрежесіне әсерін, базистік және белгілік терапияның рөлін зерттеу болды.

Материал және зерттеу әдістері: БА ауыратындардың жедел медициналық көмекті шақыру карталарының негізгі аспектілері талданған: БА және ЖТЖ ауруларының диагнозын анықтау уақыты, БА өту ұзақтығы, асқынулар саны және ауруханаға жатқызу саны, БА және ЖТЖ ауруларын емдеу.

ЖТЖ және БА ауруларының үйлескен патологиясынан жапа шегетін емделушілерде астма ауырлау өтеді. Анықталғандай, ЖТЖ патологиясы көбінесе бар БА аясында диагностикаланады. Бірақ аурулардың жартысында БА диагностикаланғанға дейін кардиальды патология терапиясы құрамына гиперреактивтілікке әсер еретін дәрілер кірген, және астманың қалыптасуына немесе асқынуына ықпал ете алатын. БА базистік терапиясы көптеген жағдайда астма ауырлығы дәрежесіне сәйкес келмеген, мүмкін, ішінара аурудың өтеуі ауы науқастардың үлкен саны осымен түсіндірілетін шығар. Астма белгілерін бақылаудың болмауы өкпенің қызметтік қабілетінің тұрақты емес зерттеуімен және ЖТЖ органдарының үлеспелі ауруларын диагностикалау және емдеуге жеткіліксіз назармен байланысты.

S U M M A R Y

N.A. BEZBALINOVA

The polyclinic emergency department, Lisakovsk c.

THE CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA ASSOCIATED WITH CARDIO-VASCULAR SYSTEM PATHOLOGY

At present, the combination of bronchial asthma (BA) and cardio-vascular diseases (CVD), which contribute a lot to mutual aggravation, is of high prevalence.

The purpose of the research was to study the influence of CVDs on the course and severity level of BA, the role of background and symptomatic therapy.

The research material and methods: we have analyzed the main aspects of medical records of ambulance calls for patients with BA: time of BA and CVD diagnosis establishment, period of BA treatment, the number of exacerbations and admittances to hospital, treatment of BA and CVDs.

The patients suffering from combined pathology of CVDs and BA have a severer course of asthma. It was found out that the CDV pathology is more frequently diagnosed on the background of existing BA. However, in some patients the therapy of cardiac pathology before BA diagnosis included preparations that effect hyperresponsiveness and could facilitate formation and exacerbation of asthma. The background therapy of BA in most cases did not correspond to the severity of asthma; this can partially explain the big number of patients with severe course of the disease. The absence of the symptoms of asthma is connected with irregular examination of the functional capability of lungs and insufficient attention paid to diagnostics and treatment of accompanying diseases of the cardiovascular system.