**Острые кишечные инфекции: современные подходы к лечению**

А.А. Новокшонов, д-р мед. наук, проф. РГМУ, г. Москва

Кишечные инфекции до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии, особенно в детском возрасте, уступая по заболеваемости только гриппу и острым респираторным инфекциям (ОРЗ). По данным 803, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд диарейных заболеваний, около 5 млн детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений. О современных подходах к лечению острых кишечных инфекций нам рассказал д-р мед. наук, проф. РГМУ АЛЕКСЕЙ AMOCOBИЧ НОВОКШОНОВ.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) - это большая группа инфекционных заболеваний человека, вызываемых патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами и простейшими. Возбудители ОКИ локализуются главным образом в кишечнике.

Источником инфекции являются человек и (или) животные. Ведущий путь передачи инфекции детям раннего возраста - контактно-бытовой, детям старшего возраста и взрослым - пищевой или водный. Воздушно-капельным путем кишечные инфекции не передаются. Подобные инфекционные заболевания встречается как в вице единичных случаев, так и в виде эпидемических вспышек или групповых заболеваний, как правило, при употреблении инфицированных пищевых продуктов или воды. Для кишечных инфекций бактериальной этиологии (дизентерия и др.) характерен летне-осенний подъем заболеваемости, для вирусных (ротавирусная инфекция и др.) - осенне-зимний период (ноябрь - март). Удельный вес кишечных инфекций вирусной этиологии у детей (от 6 мес. до 3 лет) среди госпитализированных в стационары г. Москвы в последние годы составляет до 70-80%, а у детей старшего возраста и взрослых - до 20-30% от общего количества больных кишечной инфекцией.

Клинически кишечные инфекции характеризуются симптомами интоксикации (вялость, сниженный аппетит, лихорадка и др.), нередким развитием синдромов инфекционного токсикоза (гипертермия, судороги, потеря сознания, обезвоживание организма и др.), являющихся одной из причин летальных исходов. Практически во всех случаях отмечаются нарушения функции желудочно-кишечного тракта рвота, абдоминальные боли и диарея, т. е. учащение и увеличение объема испражнений за счет жидкости.

Несмотря на значительные достижения в изучении особенностей патогенеза и клинических проявлений, этиология ОКИ (в настоящее время насчитывается около 60 возбудителей) при использовании только традиционных лабораторных исследований в 50-80% случаев остается нераспознанной. В начальном периоде заболевания для построения терапии ОКИ решающее значение имеет не столько установление возбудителя с помощью лабораторных исследований, сколько определение пускового механизма развития диареи и инфекционного процесса, которые могут быть однотипными для группы заболеваний. Этим требованиям отвечает усовершенствованная классификация диарейных заболеваний ВОЗ. В соответствии с этой классификацией выделяют следующие типы диареи по единому пусковому механизму развития:

инвазивные;

секреторные;

осмотические;

смешанные.

Инвазивный тип

По инвазивному типу диареи протекают ОКИ бактериальной этиологии, возбудители которых способны размножаться не только на поверхности эпителия кишечника, но и внутоиклеточно. Бактерии, обладающие способностью к инвазии, проникают в клетки эпителия кишечника или кровь и размножаются в них: развиваются бактериемия и сепсис.

Основа пускового механизма инфекционного процесса при ОКИ инвазивного типа - это воспалительный процесс в тонком и (или) толстом отделе кишечника различной степени выраженности. Воспалительный процесс в кишечнике обусловливает рвоту, болевой синдром, ускоренную перистальтику и быструю эвакуацию кишечного содержимого, нарушение всасывания воды из кишечника (диареи) и пищеварительной функции - нередко с развитием бродильной диспепсии (метеоризма). В испражнениях присутствуют примеси (слизь, зелень, кровь). Большие потери жидкости и электролитов с частым жидким стулом и рвотой, особенно у детей раннего возраста, быстро приводят к обезвоживанию организма. Токсины бактерий, продукты воспаления и другие токсические соединения всасываются из кишечника в кровь и являются основной причиной развития тяжелых синдромов инфекционного токсикоза и интоксикации (эндотоксикоза), которые определяют тяжесть и исход заболевания.

Главные лечебные мероприятия при кишечных инфекциях инвазивного типа должны быть направлены не только на борьбу с возбудителем, но и на предупреждение развития тяжелого эндотоксикоза, т.е. сорбцию и элиминацию (удаление) из кишечника токсических соединений и токсинов бактерий.

Назначение антибиотиков может усилить эндотоксикоз и тяжесть состояния больного за счет массивной гибели микробов и всасывания их токсинов в кровь. Кроме того, антибиотики способствуют прогрессированию дисбактериоза кишечника и соответственно функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а за счет иммуносупрессив-ного действия нередко приводят к затяжному течению и формированию длительного бактерионосительства (например, при сальмонеллезе).

**Секреторный тип**

По секреторному типу диареи протекают ОКИ бактериальной этиологии, возбудители которых размножаются на поверхности эпителия тонкого кишечника и вырабатывают энтеротоксин, обусловливающий водянистую диарею.

Основа механизма развития ОКИ секреторного типа - гиперсекреция воды и электролитов эпителием (энтероцитами) в просвет кишечника и нарушение их всасывания. При этом типе диареи в процесс вовлекается только тонкий кишечник без развития воспалительного процесса, а кишечная инфекция сопровождается жидким обильным водянистым стулом без патологических примесей. Как правило, заболевание начинается с появления частого жидкого стула без повышения температуры тела (или в пределах 37,2-37,8 °С) и болей в животе, затем появляется рвота и быстро наступает обезвоживание организма, которое и определяет тяжесть и исход заболевания.

Пусковым механизмом ОКИ секреторного типа является экзотоксин возбудителей, а тяжесть и исход заболевания определяют степень дегидратации (обезвоживания) организма.

Главные направления терапии - мероприятия, способствующие нейтрализации экзотоксина в кишечнике (назначение внутрь энтеросорбентов), возмещению дефицита воды и компенсации патологических потерь жидкости и электролитов организмом, - обильное питье (оральная регидратация) специально для этого разработанных ВОЗ глюкозо-солевых растворов (Регидрон и др.).

Антибиотики не назначаются, т. к. возбудитель не играет решающей роли в развитии инфекционного процесса. Для ускоренной санации организма при умеренной и выраженной диарее обоснованным является назначение антибактериальных ЛС, которые не всасываются или плохо всасываются в кишечнике и обладают широким спектром действия. Эффективные средства альтернативной этиотропной терапии - энтеросорбенты и пробиотики.

**Осмотический тип**

Этиологическим фактором ОКИ осмотического типа чаще всего являются вирусы или криптоспори-дии. В основе пускового механизма диареи и инфекционного процесса лежит дисахаридазная (главным образом, лактазная) недостаточность, развивающаяся в результате размножения вирусов в эпителиальных клетках тонкого кишечника с последующей их гибелью. В результате ферментопатии нерасщепленные углеводы (дисахариды) не всасываются, накапливаются в просвете кишечника и, обладая высокой осмотической активностью, препятствуют всасыванию воды из кишечника. С участием микрофлоры кишечника дисахариды подвергаются брожению с образованием большого количества газа (бродильной диспепсии - метеоризма). Повышенное газообразование способствует появлению болевого синдрома и ускоренной перистальтике кишечника - водянистой диареи. Заболевание носит выраженный сезонный характер (осенне-зимний период), болеют преимущественно дети раннего возраста. Болезнь почти всегда начинается остро, с повышения температуры тела (до 38-39,0 °С) и повторной рвоты. Одновременно или несколько часов спустя появляется жидкий, обильный водянистый стул желтого или желто-зеленого цвета, непереваренный, нередко пенистый или брызжущий, до 10-15 и более раз в сутки. Схваткообразные боли в животе связаны с повышенным газообразованием и появляются уже в первые сутки от начала заболевания.

Тяжесть заболевания при осмотическом типе диареи определяет (как и при секреторном типе) степень выраженности обезвоживания организма. Основные направления терапии: уменьшение поступления в кишечник лактозы (диета с ограничением или полным исключением из питания углеводистой пищи), заместительная ферментотерапия, купирование явлений метеоризма и оральная регидратация.

Из средств этиотропной терапии высоко эффективны иммунные препараты, противовирусные препараты, а также - энтеросорбенты и пробиотики. Назначение антибиотиков и химиопрепаратов противопоказано.

Определение типа диареи имеет решающее значение для эффективной и обоснованной тактики лечения.

**Список литературы**

Журнал «Новая аптека» № 8, 2005 год.