помощи и техники и очередности выполнения операций может зависеть жизнь человека. Ведь для каждого важно быть полезным другому и спасти человеческую бесценную жизнь.

1. Т. Копать, И. М. Змачинская, Н. К. Иванович. Наблюдение и гигиенический уход за пациентами при терминальных состояниях : учебно-методическое пособие / Т– Минск : БГМУ, 2017. – 20 с
2. «Практикум по анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии»: Методическое пособие для врачей СМП, клинических ординаторов, интернов и студентов 5 и 6 курсов медицинских ВУЗов. Краснодар, КубГМУ, 2014. – 72 с.
3. Прасмыцкий О. Т, Р. Е. Ржеутская. Сердечно-легочная реанимация : учеб.-метод. пособие. – Минск : БГМУ, 2013. – 36 с.

Закирова Ж.С., Абдимомунова Б.Т., Кубанычова А.К., Жолдошев С.Т.
Брюшной тиф с геогельминтозом, энтеробиозом и микробиоценозом толстой кишки

*Ошский государственный университет
 (Кыргызская Республика, Ош)*

doi: 10.18411/trnio-11-2021-05

Аннотация

В статье проведен анализ брюшного тифа - в сочетании с гельминтозом. Где было отмечено более тяжелое и длительное течение болезни с глубоким поражением слизистой оболочки кишечника, чем при моноинфекции брюшного тифа, выраженному токсикозу, что сопровождается значительным повышением температура тела, болевым синдромом, более значительному снижению кислотности желудочного сока по сравнению с моноинфекцией брюшного тифа. Антибактериальная терапия оказывала выраженное угнетающее действие на микрофлору кишечника. Дисбактериоз III-IV степени сохранялся и через две недели после прекращения антибактериальной терапии у большинства больных. Наблюдалось менее выраженное влияние антибактериальных препаратов на микробиоценоз кишечника с улучшением микробного пейзажа толстой кишки, после сочетанного применения антибактериальной терапии с хилаком.

Ключевые слова: брюшной тиф, аскаридоз, энтеробиоз, дисбактериоз, микрофлоры.

Abstract

The authors analyzed a combination of abdominal typhoid and helminthosis. It was revealed that the development of the diseases was more severe and prolonged with a deeper lesion of the intestinal membrane than in patients with mono-infection of abdominal typhoid. The patients' condition was characterized by expressed toxicosis, a significant increase in the body temperature, pain syndrome, and a more significant decrease in the gastric juice acidity than in patients with mono-infection of abdominal typhoid. Antibacterial therapy had an inhibitory effect on the intestinal microflora. Dysbacteriosis of III-IV degree persisted even two weeks after the end of antibacterial therapy in the majority of patients. A less expressed influence of antibacterial agents on intestinal microbiocenosis and an improvement of the microbial landscape of the colon were registered after a combined application of antibacterial therapy and hylak.

Keywords: abdominal typhoid, ascariidosis, enterobiasis, dysbacteriosis, microflora.

Введение. Аскаридоз может протекать под видом крапивницы с полиморфной сыпью покрывающей все тело и сопровождающейся мучительным зудом, а также умеренно повышенной или высокой температурой [1,2].

По данным ВОЗ каждый год в мире поражённость людей гельминтами исчисляется сотнями миллионов человек и возможно, даже превышает 1 млрд.

В структуре инфекционных заболеваний в Кыргызской Республике удельный вес гельминтов составляет 26,9%, который в основном определяет следующие нозологические формы аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз [3].

В настоящее время сложившаяся ситуация в Республике способствует не только росту уровня регистрируемыми гельминтозами, но и завоза нозологических форм, нерегистрируемых у нас.

В практической деятельности врача встречается заболевания и синдромы, сопровождающиеся высокой эозинофилией периферической крови.

Особое внимание привлекают так называемые большие эозинофилии крови, когда количество эозинофилов превышает 1500 в мл. Повышение число эозинофилов в периферической крови и инфильтрация ими различных тканей (в первую очередь легких, сердца и желудочно-кишечного тракта) наблюдается при паразитарных и грибковых заболеваниях лекарственной болезни, опухолях, системных заболеваниях соединительной ткани.

Современные авторы выделяют известные и неизвестные заболевания, протекающие с гиперэозинофилией [3,4,5].

К известным относят паразитарные инвазии (аскаридоз, филяриоз, токсокароз, стронгилоидоз и шистозоматоз).

К неизвестным заболеваниям относят криптогенную легочную эозинофилию, синдром Черджи-Строс, синдром ГЕС (синдром Леффлера). Отсутствия специфических методов лечения и частые переходы брюшного тифа в затяжные формы, особенно при сочетании с гельминтозами, побуждает к поискам эффективных средств патогенетической терапии при основной болезни и лечения в случаях брюшного тифа – микст – инфекции.

Целью работы явилось изучение клинических особенностей и совершенствование этиотропной терапии брюшного тифа с глистной инвазией и динамику состояния микробиоценоза желудочно-кишечного тракта у больных тифом на фоне антибактериальной терапии.

Материалы и методы.

Анализ клинических проявлений брюшного тифа был проведен на основании наблюдения у 176 больных с данной нозологией в возрасте от 15 до 55 лет, находившиеся на стационарном лечении на юге Кыргызстана с 2001 по 2020 гг. инвазированных аскаридами и острицами, из них 32 аскаридозом и 26 с энтеробиозом, проведено противогельминтное лечение пиперазином и его солями (адипинат, сульфат, нитрат). Исследование микробиоценоза толстой кишки было проведено у 45 больных брюшным тифом, которые получали традиционную антибактериальную терапию левомецетином – 2,0 г сутки, цефалоспорином – 1,0-2,0 г, фторхинолоном – 400-800 мг, гентамицином 160, 240 мг перорально, внутримышечное или внутри венозное введение до 10 дней апирексина. Исследование микрофлоры толстой кишки проводилось до начала антибактериальной терапии, на ее фоне и через 2 недели после отмены антибактериальных препаратов.

Всем больным проведено полное клинико-лабораторное обследование (гемокультура Р. Видала в динамике, копрология, биликультура, копрокультура, кал на простейших в динамике).

Результат их обсуждения.

Противогельминтное лечение пиперазином проводилось при аскаридозе и энтеробиозе по схеме [3,4]. Пиперазин при аскаридозе взрослых назначают по 1 г. на прием 3 раза в день (через полчаса – час после еды) два дня подряд. Пиперазин при энтеробиозе назначался, в таких же дозах, как и при аскаридозе в виде 2-3 циклов от 3 до 5 дней подряд, с перерывами между циклами в 7 дней [4].

Лечение пиперазином не требует особой диеты. Анализ полученных результатов показал, что аскаридоз и энтеробиоз отягощают течение брюшного тифа. В связи с чем возникает настоятельная необходимость как можно раньше провести дегельминтизацию в случае обнаружения у больных брюшным тифом глистной инвазии.

По литературным данным [1,4,5,6] своевременная дегельминтизация аскаридоза и энтеробиоза в комплексном лечении брюшного тифа способствовало улучшения общего состояния больных, более быстрому уменьшению интоксикации, нормализации температура тела и нормализации размеров печени.

После окончания лечения при наклонности к запорам назначают слабительные. Эффективность лечения контролировалась отхождением паразитов и контрольными исследованиями кала на яйца аскарид и остриц.

Дегельминтизация проводилась в течении 3х недель пребывания в стационаре по выявлении глистной инвазии в разгаре основного заболевания. При выборе метода дегельминтизации возраст больных имел большее значение, потому что детям труднее было назначать данный препарат. Дегельминтизации проведена в основном в возрасте от 18- 60 лет, что составляет (7,2%) 28 из 386 обследованных, так как глистная инвазия сопутствовали брюшному тифу именно в этом возрасте.

Детский возраст от 7 до 10 лет, где дегельминтизация проведена 11 из 386 (2,8%) больных.

Что касается проведения дегельминтизации при аскаридозе и энтеребиозе, проведено больным брюшным тифом в первые две недель болезни 6,4%, на 3-й недели болезни -14,3% больных, а позже 79,3 % больных.

Несмотря на противогельминтное лечение, побочных явлений от дегельминтизации не замечено.

Отхождения паразитов при лечении пиперазином отмечено нами у 39 больных с брюшным тифом в сочетании с аскаридозом при лечении пиперазином отмечено нами у 29 из 32 больных (90,6%). У больных с брюшным тифом сопутствующим аскаридозом без своевременной дегельминтизации отмечают преобладание затяжной, а также среднетяжелой и тяжелой формой болезни. Со стороны крови отмечена эозинофилия.

Несмотря на то, что больные госпитализированы своевременно, заболевание приобрело затяжное течение, что объясняется наличием аскаридоза.

У больных с брюшным тифом сопутствующим аскаридозом без своевременной дегельминтизации отмечается преобладание затяжной, а также среднетяжелой и тяжелой форм болезни.

Лечение пиперазином Фосфатом проведено 26 больных энтеробиозом в сочетании с брюшным тифом. После первого цикла дегельминтизации пиперазина-фасфатам эффективность отмечена у 16 (61,5%) из 26 больных. После второго цикла лечения пиперазином эффективность отмечена еще у 8 (30,8%) больных. Двое (7,7%) больных, у которых при контрольном исследовании кала были обнаружены яйца остриц, выписаны из стационара, им рекомендован третий цикл лечения пиперазином в амбулаторных условиях.

Учитывая, что согласно литературным данным, дегельминтизации способствует улучшению общего состояние больных, сокращает сроки продолжительности болезни и нормализации размеров печени. Мы проанализировали вышеуказанные показатели у больных с брюшным тифом в сочетании с аскаридозом и энтеробиозом, подвергавшихся дегельминтизации и без нее.

Средний срок пребывания больных в стационаре (33,1+1,6 дня) у больных брюшным тифом в сочетании с аскаридозом и энтеробиозом, леченных противогельминтными средствами, приближается к среднему сроку больных неинвазированной группой (32,3+0,9 дня). У больных, где не проведено дегельминтизация, этот срок более продолжителен (36,4+1,9 дня), выявленная разница, равно 2,3 дня статистически достоверна (Р 0,05).

Дегельминтизация приводила к сокращению средней продолжительности болезни. Это видно на нашем материале, что у больных с брюшным тифом, инвазированных

аскаридозом и энтеробиозом противогельминтными лекарственными средствами, средняя продолжительность болезни укорачивается на 4,6 дня по сравнению с больными, где проведено дегельминтизация. Изменения микрофлоры толстой кишки, выявленные до проведения антибактериальной терапии. Характеризовались дефицитом общего количества кишечной палочки в 20% случаев; изменением качественного состава у 11,1% больных; дефицитом бифидобактерий (40%); усиленным ростом кокковой флоры (62,2%), грибов (4,5%) и другой условно патогенной микрофлоры (13,3%) с формированием дисбактериоза 3-4 степени в 40% случаев. Группы: 32 пациента получали только терапию, 13- антибактериальную терапию в сочетании с хилаком - были сопоставлены по возрасту, срокам и тяжести течения брюшного тифа, длительности этиотропной терапии. На фоне антибактериального лечения без применения хилака наблюдалось дальнейшее ухудшение состояние микробиоценоза. В группе больных, получавших вместе с антибактериальными препаратами хилак – изменение микрофлоры толстой кишки были менее выражены, а дисбактериоз 3-4 степени сформировался в 69% случаев, тогда как, у больных контрольной группы дисбактериоз 3-4 степени выявлялся в 90,6% случаев. Через 2 недели после прекращения этиотропной антибактериальной терапии изменения микробиоценоза у больных контрольной группы. Характеризовались: дефицитом и нарушениям качественного состава (62,5%), дефицитом бифидобактерий в 100% случаев, усиленным ростом условно патогенной микрофлоры (69,2% случаев) с формированием дисбактериоза 3-4 степени у 100% пациентов. В тоже время, в группе больных, получавших наряду с антибактериальными препаратами, хилак, качественные и количественные изменения были отмечены только у 46,1% больных, дефицит бифидобактерий наблюдался также только у 46,1% больных, усиленный рост условно патогенной флоры – в 38,5% случаев, а дисбактериоз 3-4 степени был выявлен у 30,8% пациентов.

Заключение: Таким образом, брюшной тиф - в сочетании с глистной инвазией способствует: более тяжелому и длительному течению, более глубокому поражению слизистой оболочки кишечника, чем при моноинфекции брюшного тифа, более выраженному токсикозу, что сопровождается значительным повышением температура тела, болевым синдромом, более значительному снижению кислотности желудочного сока по сравнению с моноинфекцией брюшного тифа. Антибактериальная терапия оказывала выраженное угнетающее действие на микрофлору кишечника. Дисбактериоз III-IV степени сохранялся и через 2 недели после прекращения антибактериальной терапии у большинства больных. Наблюдалось менее выраженное влияния антибактериальных препаратов на микробиоценоз кишечника с улучшением микробного пейзажа толстой кишки, после сочетанного применения антибактериальной терапии с хилаком.

1. Рахманов Э.Р. Особенности эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики брюшного тифа в условиях экстремальных случаях//дисс. доктора медицинских наук.- 2004-235с
2. Закирова Ж.С., Жолдошев С.Т., Баястанов А.А., Ташов К.Э., Самиева С.С. Микроэкологические нарушения кишечника у больных брюшным тифом//Санитарный врач. 2017. № 1. С. 36-40.
3. Тойгонбаева В.С., Исаков Т.Б., Усуалиева Ж.М., Исакова Ж.Т. Паразитологическая служба Кыргызской Республики и эпидситуация по паразитарным заболеваниям//Здравоохранения кыргызстана.-2018.-№2.-С.169-172.
4. Каира А.Н., Лавров В.Ф., Свитич О.А. Современные аспекты эпидемиологии и профилактики брюшнотифозной инфекции (Обзор).// Санитарный врач. 2021. № 4. С. 16-26.
5. Тагожонов З.Ф., Одинаев Н.С., Назимов И.Н., Давронзода И. Инфекционно-токсический шок при брюшном тифе в периоды эпидемии и после ее//Вестник Авиценны. 2020.-Т.22. № 4.-С.542-547.
6. Одинаев Н.С., Одинаева К.Н., Талабов М.С. Причины возникновения брюшного тифа среди населения//Наука и инновация. 2017. № 1. С. 3-10.