

## КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мукаррам Салимджановна Шаджалилова, Нозимахон Камолиддин қизи  
Зупарова

Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, Узбекистан

E-mail: [kamaliddinovna0526@gmail.com](mailto:kamaliddinovna0526@gmail.com), [gooddoctor11@mail.ru](mailto:gooddoctor11@mail.ru)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17454319>

**Аннотация:** Острые диареи продолжает занимать одно из лидирующих мест в структуре инфекционной патологии. Целью нашей работы явилось изучение клинико-микробиологических характеристик острых диареи бактериального генеза. Задачи заключались в проведении клинико-лабораторных исследований у 84 больных с острыми диарейными заболеваниями и с последующим выявлением полирезистентных штаммов возбудителя инфекции; в выявлении основных клинических проявлений и определении состояния микробиоценоза кишечника.

**Ключевые слова:** острые диареи, клиника, гастроэнтерит, гастроэнтероколит, колит, микробиоценоз кишечника, дисбактериоз.

## CLINICO - MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF ACTIVE DIARRHEA

Mukarram Salimjanovna Shadjalilova, Nozimakhon Kamoliddin qizi Zuparova

Tashkent Medical Pediatric Institute, Uzbekistan

E-mail: [kamaliddinovna0526@gmail.com](mailto:kamaliddinovna0526@gmail.com), [gooddoctor11@mail.ru](mailto:gooddoctor11@mail.ru)

**Abstract:** Active diarrhea is the leading infectious disease. The article examines the clinical course of active diarrhea and identifies the etiological picture of the causative agents of the disease. For this purpose, clinical and laboratory studies revealed polyresistance strains of the pathogen in 84 patients with active diarrhea; leading clinical signs have been identified with active diarrhea; the state of intestinal microbiocenosis in patients active diarrhea with was studied.

**Keywords:** active diarrhea, etiology, clinic, diarrhea, gastrointestinal tract.

## ЎТКИР ДИАРЕЯЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЛИНИК - МИКРОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Шожалилова Мукаррам Салимжановна, Зупарова Нозимахон Камолиддин  
қизи

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти, Ўзбекистан

E-mail: [kamaliddinovna0526@gmail.com](mailto:kamaliddinovna0526@gmail.com), [gooddoctor11@mail.ru](mailto:gooddoctor11@mail.ru)

**Аннотация:** Юқумли касалликлар орасида ўткир диареялар етакчи ҳисобланади. Мақолада 84 нафар беморларда ўткир диареяли юқумли касалликларнинг клиник кечиши ва ичак микробиоценозининг ҳолати ўрганилди. Ушбу мақсадда ўтказилган клиник-лаборатор тадқиқотлар натижасида ўткир диареяларда инфекция кўзғатувчисининг полирезистент штаммлари аниқланди; ўткир диареялар билан оғриган беморларда учрайдиган етакчи клиник белгилар аниқланди; ичак микробиоценозининг ҳолати таҳлил қилинди.

**Калит сўзлар:** диареялар, этиология, клиника, ичак микробиоценози, меъда-ичак тизими

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Острые диареи остаются значимой проблемой здравоохранения XXI века, что связано с сохраняющейся высокой заболеваемостью во всех возрастных группах[3,4]. Анализ научной литературы и проведенных исследований обосновывает необходимость изучения особенностей клинических симптомов различных форм диарейных заболеваний, дальнейшего совершенствования методов идентификации этиологического фактора для решения задач по совершенствованию лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение социально-экономических затрат кишечных инфекций [5,6]. В последние годы внимание исследователей направлено на изучение роли кишечной микробиоты в сохранении здоровья человека [1,2]. Исходя из этого, **целью** работы была изучать особенности клинического течения и состояние микробиоценоза кишечника при острых диарейных заболеваниях.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 84 больных в возрасте от 19 до 63 лет. Клинические методы исследования включали изучение анамнеза и клинический осмотр больного. Наряду с тщательным клиническим наблюдением за больными, проводились общепринятые комплексные обследования, включающие клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование. Параллельно, до начала лечения и 1-2 раза после его окончания осуществлялось бактериологическое исследование испражнений. Забор материала в первый раз производился с помощью ректального тампона, который погружался в консервант Тига. При повторных исследованиях производился посев свежих фекалий, полученных при дефекации. Микрофлора кишечника исследовалась по методу Н.М. Грачевой с соавт. (1986) и В.А. Знаменской с соавт. (1986) модифицированным в отделе СЭС МСО МЗ РУз.

Результаты и их обсуждение. Изучив характеристику начальных проявлений острых диарей, мы установили, что больных с дисбактериозом кишечника I степени на 1-3 день от начала заболевания госпитализировано 16 (19%), со II степенью – 43 (51%), с III степенью – 22 (26%) и с дисбактериозом IV степени госпитализированы 3 (3,5%) больных (рис 1). В зависимости от периода течения болезни нами удалось выявить следующее: в начале заболевания в большинстве случаев диагностировали II степени дисбактериоза кишечника.

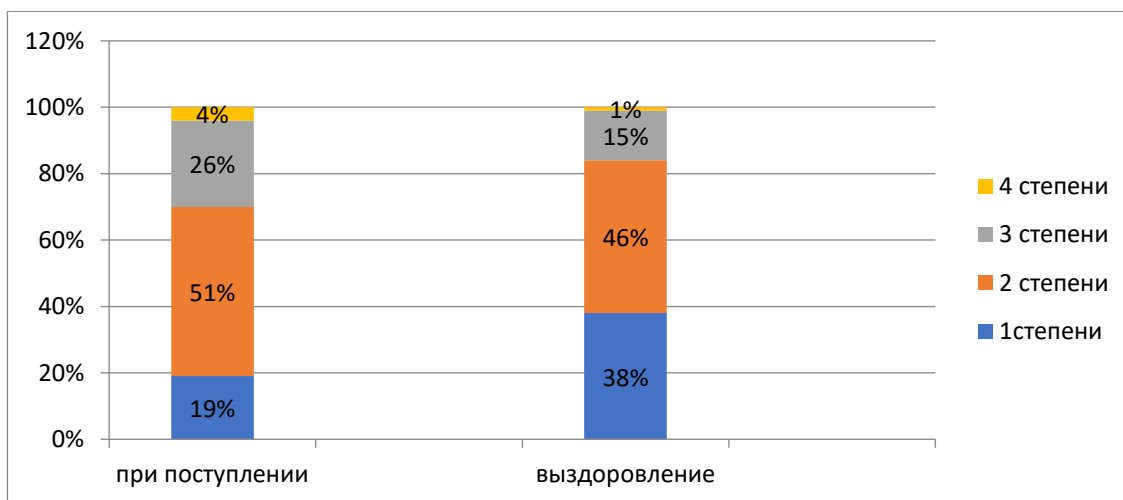


РИС. 1. Частота выявления степени дисбактериоза у обследованных больных

С тенденцией клинического выздоровления отмечали чаще I и II степени дисбактериоза кишечника. Важную роль при этом играет развитие дисбактериоза кишечника вследствие активации грибов рода *Candida*, *Klebsiella* и *Staphylococcus aureus*. Следует отметить, что клиническое выздоровление больных не всегда сопровождалось нормализацией дисбиотических реакций. Наши исследования показывают, что при наличии у больных клинических симптомов интоксикации и выраженных проявлений диарейного синдрома, отсутствие выраженных дисбиотических нарушений со стороны микрофлоры кишечника, что на наш взгляд, связано со степенью выраженности компенсаторных возможностей организма.

У обследованных пациентов выделены следующие виды дисбактериоза: стафилококковый - 35%, кандидозный – 22%, клебсиеллезный – 14%, протейный – 18%, синегнойный – 11%. Ассоциированный дисбактериоз нами выявлен в 17% случаев. В 62,5% случаев кишечный дисбактериоз был обусловлен дефицитом лактобактерий, бифидобактерий и у 37,5% высоким содержанием кишечной палочки гемолитической активности. Выделялись так же лактозонегативные кишечные палочки выше 10% по отношению к общему числу нормальных кишечных палочек. В большинстве случаев антагонистической активностью аутофлоры не обладала.

К индигенной микрофлоре кишечника относятся лакто- и бифидобактерии, являющиеся активными антагонистами условно - патогенных и патогенных энтеробактерий. Уровень антагонистической активности кишечной аутофлоры в целом определяется количественным содержанием бифидобактерий.

Результаты обследования больных с острыми диареями, поступивших в 1-е сутки болезни показали, что у большинства (75%) случаев бифидофлоры отсутствовала или ее содержание было резко снижено уже при поступлении. Это может свидетельствовать о предшествующих острой диарее нарушениях микрофлоры кишечника.

Представляют интерес результаты определения бифидобактерий у 18 больных, которые получали биопрепараты до поступления в стационар. Отсутствие клинического эффекта от лечения и сопровождалось сохранением глубоких нарушений бифидофлоры (у 35% она отсутствовала.). Эти данные подтверждают факт зависимости количества бифидофлоры от воспалительного процесса в кишечнике, обусловленного патогенными бактериями.

Количественные изменения лактобактериальной флоры при кишечных инфекциях у больных выражены в меньшей степени, чем бифидофлоры, и так же их содержание в процессе наблюдения остается у 50% случаях сниженным по сравнению от нормы.

Выраженные изменения количества бифидо- и лактобактерий способствовали углублению изменений кишечного микробиоценоза и приводили к повышению содержания аэробных и анаэробных ассоциаций, повышению условно-патогенных микроорганизмов. Рецидивирующее течение кишечной инфекции сопровождалось сохранением низкого уровня бифидобактерий и лактобактерий. При анализе клинических форм заболевания по типу поражения желудочно-кишечного тракта нами были получены следующие данные: Гастроэнтероколит чаще встречался у больных с дисбактериозом III - IV степени. Гастроэнтерит был более выражен у больных ассоциированным дисбактериозом кишечника. Энтероколитические проявления с одинаковой частотой встречались как у больных I степени, так и у больных с II и III степенью дисбактериоза.

Однако клиническое выздоровление пациентов не всегда сопровождалось нормализацией дисбиотических реакций. При повторном обследовании у 16% больных сохранялся дисбактериоз кишечника III - IV степени.

Заболевания, обусловленные условно-патогенными бактериями, чаще являются результатом активации собственной эндогенной флоры в результате несостоятельности системы защиты макроорганизма, что объясняет связанное с этим нередко тяжелое течение болезни и значительные проблемы в лечении.

Среди наиболее известных возбудителей такого рода, в частности, бактерии рода *Klebsiella*, *Proteus*, *Staphylococcus aureus*. Из числа возбудителей госпитальных инфекций, особо устойчивых к терапии и определяющих наиболее тяжелое течение оказались, из числа грамотрицательных бактерий – *Enterobacter* spp. и *Pseudomonas aerogenosa*. На основе клинко-лабораторных наблюдений мы хотим в очередной раз привлечь внимание к микробиологическому фактору, как одному из ведущих в развитии патологического процесса при острых диарейных заболеваниях не установленной этиологии.

### ВЫВОДЫ

1. Дисбактериоз кишечника следует считать ведущим звеном патогенеза при острых диарейных заболеваниях, а продолжающиеся дисбиотические изменения микрофлоры толстого отдела кишечника указывают на не окончившийся патологический процесс в организме. Нормализация его уровня является дополнительным критерием полноты выздоровления пациента.

### Литература:

1. Даминов Т.А. Пробиотическая активность *Bacillus clausii* при инфекционной диарее вирусного происхождения у детей// Medical Express.- Т., 2013.-№3.-С.53-54.
2. Даминов Т.А., Ахмедова М.Д., Ахмедова Д.И. Как мы лечим диарею// Medical Express. - Т., 2010. - №2.-С.53-54.
3. Vernacchio, L., Vezina, R. M., Mitchell, A. A., Lesko, S. M., Plaut, A. G., & Acheson, D. W. (2006). Diarrhea in American infants and young children in the community setting: incidence, clinical presentation and microbiology. *The Pediatric infectious disease journal*, 25(1), 2-7.).
4. Al-Asy, H. M., Gamal, R. M., Albaset, A. M. A., Elsanosy, M. G., & Mabrouk, M. M. (2017). New diagnostic biomarker in acute diarrhea due to bacterial infection in children. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 4(2), 75-80.).
5. Касымов И.А., Шаджалилова М.С., Агзамова Т.А. //Вопросы клиники, диагностики, лечения и профилактики острой дизентерии. Учебное пособие.-Т.:Extremum-press, 2016.-112с.
6. Шаджалилова М.С. Анализ клинко-эпидемиологических и микробиологических параметров острых кишечных инфекций у детей // Медицинские новости. Беларусь. 2015.- №8.- С.60-62 (14.00.00, №82).
7. Шаджалилова М.С. Клинко-иммунологическая характеристика и оценка эффективности лечения острых кишечных инфекций у детей. Монография. Ташкент. 2024. – С.-192