

ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ОТНОШЕНИИ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

Прокофьева Анастасия Александровна

студент, Курский государственный медицинский университет, РФ, г. Курск

Являнская Ольга Сергеевна

ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии, Курский государственный медицинский университет, РФ, г. Курск

Неручев Александр Юрьевич

заведующий отделением анестезиологии и реанимации ОКИБ им. Н.А. Семашко, РФ, г. Курск

Аннотация. Несмотря на значительные достижения в области современных инфекционных болезней, все еще существуют проблемы, имеющие серьезное социально-экономическое значение для всех стран мира. Сюда входят острые кишечные инфекции. В структуре детской заболеваемости и смертности они занимают третье место. Ежегодно 500 миллионов человек во всем мире заболевают острыми кишечными инфекциями. В 1982 году от острой диареи умерло 4,5 миллиона детей. С 1980 г. ВОЗ запустила программу борьбы с диарейными заболеваниями.

Ключевые слова: барьерные механизмы; кишечные инфекции.

Кишечные инфекции — это группа заболеваний, которые имеют общий механизм передачи и расположение возбудителя в организме. Все кишечные инфекции имеют общий механизм фекально-оральной передачи патогенов; Среда обитания этих микроорганизмов - кишечник. В процессе эволюции эти патогены переплетаются, и с кишечной палочкой они развили способность покидать кишечник и оставаться вне его в течение длительного времени - в пище, почве, воде, загрязненной зараженными фекалиями, а затем проходить через рот с этой пищей или водой следующему хозяину. Так что есть способы загрязнить пищу и воду. В некоторых случаях возможен и контактный путь заражения [1, с. 133].

Поскольку основные патологические процессы происходят в кишечнике, диарея является основным клиническим проявлением этих заболеваний, поэтому всю эту группу инфекций ВОЗ рекомендует называть диарейными заболеваниями. Источником заболевания при большинстве кишечных инфекций является больной человек или носитель бактерий, а носителем может быть тот, кто переболел инфекционным заболеванием и не заболел, что, конечно, имеет большое эпидемиологическое значение [2, с. 93].

Кишечные инфекции встречаются во всех возрастных группах, но чаще болеют младенцы и дети младшего возраста (до 3 лет), для которых характерны нестабильное пищеварение и обмен веществ, незрелость систем ферментативных и регуляторных механизмов (например, миелинизация нервных волокон.). еще не завершена), недоразвитие лимфоидной системы кишечника. Эти факторы приводят к быстрому всасыванию токсинов у детей с кишечными инфекциями, быстрому и острому проявлению болезни.

Нормальное функционирование пищеварительной системы и, в частности, кишечника осуществляется за счет нормального функционирования защитных барьеров желудочно-кишечного тракта. Защитные барьеры желудочно-кишечного тракта включают нормально функционирующий эпителий полости рта и пищевода, лимфоэпителиальное глоточное кольцо, соляную кислоту желудочного сока, играющую дезинфицирующую роль; желудочный сок с его протеолитическим действием. Чрезвычайно важными считаются перистальтика кишечника и его нормальная микрофлора с большим количеством сапрофитных микроорганизмов. Эпителиальные гликопротеины выполняют двойную функцию: физический барьер для большинства микроорганизмов и, в то же время, роль «ложного» рецептора для бактериальных адгезинов и их токсинов [1, с. 133].

Но самым важным звеном защитного барьера является иммунная система. Кишечник считается самым мощным органом иммунной системы. Около половины всех лимфоцитов, в основном Т-лимфоциты, находятся в кишечнике: 1) в собственной пластинке слизистой оболочки (В-лимфоциты с IgA); 2) межэпителиальные лимфоциты (популяция супрессоров Т-лимфоцитов); 3) Лимфатические фолликулы (одиночные и групповые) (до 40% Т-лимфоцитов и активированные IgA-секретирующие антигены В-лимфоцитов). Секреторная защитная система состоит в основном из IgA, дополнительно продуцируемого чашечными микроэлементами, которые ингибируют адгезию и оседание бактерий на слизистой оболочке, блокируя антигенные компоненты на бактериальной поверхности, а также IgE, продуцируемый тучными клетками [2, с. 95].

Кишечные инфекции часто развиваются, когда в пищеварительном тракте есть полунатуральные преграды. Это происходит при хроническом кислотном гастрите, гастроэнтерите или энтероколите, на фоне авитаминоза и дисбактериоза. Последний развивается в основном после длительного приема лекарств, особенно антибиотиков.

Наконец, последней характеристикой кишечных инфекций является то, что они редко вызываются одним типом возбудителя, чаще это сочетание нескольких микроорганизмов или слоев одной кишечной инфекции в другой.

Список литературы:

1. Клинико-эпидемиологические аспекты острых кишечных инфекций / Фролова А.В., Сретенская Д.А., Гаврилова И.Б., Царева Т.Д. и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2009. – № 5. – С. 133.
2. Разгулин, С.А. Особенности эпидемического процесса острых кишечных инфекций на современном этапе / С.А. Разгулин // Нижегородский медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 92-95.