

Кутманова А.З., Буранчиева А.А., Ногойбаева К.А., Джумагулова А.Ш.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ХЛАМИДИОЗА ЗООНОЗНОЙ ПРИРОДЫ У ЛЮДЕЙ

A.Z. Kutmanova, A.A. Buranchieva, K.A. Nogoibaeva, A.Sh. Dzhumagulova

REHABILITATION ASPECTS OF GENERAL CHLAMYDIA ZOOBOTIC NATURE PEOPLE

УДК: 616.611.22-051.4

В статье рассматривается хламидийная инфекция которая является серьезной проблемой в сфере здравоохранения и вследствие своего распространения влияет на здоровье населения.

Также рассмотрены реабилитационные аспекты генерализованного хламидиоза зоонозной природы у людей.

The article deals with chlamydial infection is a serious problem in health care and because of its distribution affects health.

Also considered rehabilitative aspects of generalized Chlamydia zoonotic nature of humans.

В последние годы хламидийная инфекция является серьезной проблемой служб здравоохранения вследствие своего широкого распространения и влияния на здоровье населения. Ежегодно в мире регистрируется около 100 млн новых случаев хламидийной инфекции, в том числе в США около 5 млн, в Западно-Европейском регионе 10 млн [1; 2]. Большую группу заболеваний хламидийной этиологии составляют менее изученные нозологические формы, вызываемые *Cl.psittaci*. Хламидийные инфекции зоонозной природы характеризуются широким повсеместным распространением в животном мире, персистирующим течением и тяжестью патологии у людей, высокой стоимостью затрат на проведение противоэпидемических мероприятий [3;4; 5]. Патогенное действие хламидий связано не только с патологией тех органов, где находятся возбудители, но и с общим воздействием на организм человека. Уникальные данные о возбудителе и их жизненном цикле лежат в основе реабилитационных мероприятий при хламидиозе, однако эти результаты не являются совершенными [2; 6].

Под реабилитацией инфекционного больного понимается комплекс медицинских и социальных мероприятий, направленных на более быстрое восстановление здоровья и работоспособности после перенесенной болезни. Реабилитация направлена, прежде всего, на поддержание жизнедеятельности организма и приспособление его к условиям после болезни, а затем - к труду, обществу.

Целью данной работы явилось освещение вопросов реабилитационных мероприятий при генерализованном хламидиозе зоонозной природы у людей.

Материал и методы исследования

Было проведено наблюдение за 258 больными, поступившими в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (г. Бишкек) с подозрением на бруцеллез в 2000-2007 гг. После проведенного клинико-лабораторного обследования, у 140 больных был установлен диагноз моноинфекции генерализованного хламидиоза зоонозной природы (ГХЗП), а у 118 пациентов была выявлена микст-инфекция (сочетанное течение ГХЗП с бруцеллезом). Верификация ГХЗП проводилась на основании иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием специфического антигена *Cl.psittaci* и индикации ДНК хромосомы *Cl.psittaci* с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР); бруцеллеза - реакции агглютинации Райта и Хеддельсона. У 80 пациентов были изучены показатели неспецифической и специфической иммунологической реактивности организма.

Результаты и обсуждение

Основными этапами медицинской реабилитации инфекционных больных являются: инфекционные стационары (острый период болезни) ® реабилитационный центр или санаторий (период выздоровления) ® поликлиника по месту жительства (кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ)) (диспансеризация), а также должны решаться вопросы медико-социальной экспертизы, связанные с трудоустройством.

В острый период болезни при ГХЗП выявлены выраженные симптомы интоксикации, поражение органов РЭС, наличие катарального синдрома, явления конъюнктивита, поражения мочеполовых органов, сердечно-сосудистой и нервной систем, костно-суставного аппарата.

При исследовании иммунного статуса у больных ГХЗП обнаружено сниженное содержание Т-лимфоцитов (CD3+) в общей циркуляции крови, что свидетельствует о недостаточности Т-клеточного звена иммунитета. Анализ субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показал, что показатели CD4+ и CD20+ не отличались от нормальных значений во всех клинических группах ($p > 0,05$), что возможно свидетельствует о недостаточной эффективности гуморального звена иммунитета в санации организма от возбудителей, чем объясняется склонность к хронизации патологического процесса при ГХЗП. Относительное число CD16+ достоверно превышает нормальные показатели во всех исследуемых группах ($p < 0,001$), что является естественной

патофизиологической реакцией на массивное поступление антигена.

В группе больных с микст-инфекцией общее содержание лимфоцитов (CD3+) по мере хронизации патологического процесса имел прогрессирующее снижение. Дефицит CD3+ лимфоцитов был обусловлен достоверным снижением показателя CD4+ во всех исследуемых группах по сравнению с контролем. В то же время CD20+ имел наименьший показатель при продолжительности заболевания более 6 месяцев, что свидетельствует об угнетении гуморального звена иммунитета. Такие же изменения наблюдались и в показателях CD16+ и ИРИ.

Полученные нами данные в группе больных с микст-инфекцией демонстрируют более значительное угнетение иммунной системы в хроническую стадию инфекции.

С учетом полученных данных для лечения больных моноинфекцией ГХЗП и микст-инфекцией (ГХЗП+бруцеллез) использовали антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), иммуномодуляторы.

В зависимости от клинической формы ГХЗП (моно- или миксит-инфекция) назначались разные схемы антибактериальных препаратов: доксициклин с циклофероном, тетрациклин в сочетании с циклофероном, ровамицин, ципрофлоксацин. Противомикробные препараты назначали в средние терапевтические дозы, циклоферон использовали по общепринятой схеме. Эффективность проводимой терапии оценивали по динамике клинических симптомов и показателей иммунного статуса.

Доксициклин с циклофероном получили 51 больных с ГХЗП, при этом, в течение 1-ой недели лечения положительный эффект (нормализация температуры и исчезновение органических нарушений) в 76,5% случаях, на 2-ой неделе - в 17,6% случаях, на 3-ей неделе - 5,9% случаях.

Тетрациклин с циклофероном назначен 13 больным, в течение 1-ой недели терапии положительный эффект отмечен в 30,8% случаях, на 2-ой неделе - в 38,5% случаях, и на 4-ой неделе - в 7,7%, у остальных больных эффект от данной схемы отсутствовал, в связи с чем проводилась замена препаратов.

Доксициклин в комбинации с рифампицином получили 27 пациентов. На 1-ой неделе терапии симптомы болезни исчезли в 43% случаях, в остальных 57% случаях полностью заболевание купировалось на 2-ой неделе лечения.

При использовании ровамицина (n=25) или ципрофлоксацина (n=25) положительный эффект отмечен начиная со 2-ой недели терапии в 57,1% случаях. В группе больных, получивших ровамицин, на 4-ой неделе лечения в 40% случаях полностью купировались симптомы болезни, Ципрофлоксацин не дал эффекта в 13,7% случаях.

Больные микст-инфекцией получали следующие схемы этиотропной терапии: доксициклин с циклофероном, доксициклин в комбинации с Гентамицином и циклофероном, доксициклин с рифампицином, ципрофлоксацин, ровамицин, тетрациклин.

Доксициклин с циклофероном получили 14 больных с микст-инфекцией, при этом, на 1-ой неделе терапии положительный эффект зарегистрирован в 28,6% случаях, в остальных случаях (71,4%) эффект от терапии развился к концу 2-ой недели.

Доксициклин с гентамицином и циклофероном (n=27) оказались эффективными на 1-ой неделе в 62,9% случаях, к концу 2-ой недели лечения исчезли все жалобы больных в 37,1% случаях.

Доксициклин с рифампицином (n=29) дали эффект в 37,9% случаях на первой неделе терапии, на второй неделе - в 51,7% случаях, а в 10,4% случаях сохранялись боли в суставах к концу 3-ей неделе терапии.

Незначительная эффективность от ципрофлоксацина (n=12), ровамицина (n=11) и тетрациклина (n=7) была отмечена больными к концу 3-ей недели терапии.

Недостаточность Т-клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов обуславливает угнетение микробиоцидных функций фагоцитов, диссеминацию и длительную персистенцию возбудителя.

Таким образом, на основании полученных результатов можно считать эффективной схему доксициклин в сочетании с циклофероном для лечения ГХЗП, доксициклин в комбинации с гентамицином и циклофероном для микст-инфекции (ГХЗП+бруцеллез).

В периоде выздоровления больные должны проходить реабилитацию в реабилитационных центрах или санаториях, но, к сожалению, в нашей системе здравоохранения данный этап отсутствует.

И на третьем этапе, больные, перенесшие ГХЗП и/или бруцеллез, должны находиться на диспансерном наблюдении врача-инфекциониста в ЦСМ. Необходимо признать снижение качества реабилитации больных на этапе КИЗ, что требует оптимизации работы.

На основании идентичных эпидемиологических данных при ГХЗП и бруцеллезе реабилитационные мероприятия должны носить односторонний характер. Реабилитация при этих инфекциях, наряду с медикаментозной терапией включает эффективные противоэпидемические мероприятия. К ним относятся: выявление совместно со специалистами ветеринарной службы источника возбудителя инфекции, путей и факторов передачи, механизма заражения, выявление всех лиц, имевших контакт с источником возбудителя инфекции, и проведение комплексных мероприятий по предупреждению дальнейшего заражения людей ГХЗП и/или бруцеллезом в данном очаге, а также возможно более раннее

установление медицинского наблюдения за лицами, работающими в очаге ГХЗП и/или бруцеллеза. Эпидемиологическое обследование случаев обострений ГХЗП и/или бруцеллеза у больных, уже состоящих на учете, целесообразно для выявления возможного повторного инфицирования и проведения соответствующих мероприятий.

Мероприятия по защите людей от инфицирования зоонозными инфекциями осуществляется врачами первичного звена здравоохранения. Пути реализации: проведение широких обще санитарных мер: - обеспечение должного санитарно-гигиенического состояния хозяйств и предприятий, соблюдение дезинфекционного режима; - соблюдение правил убоя животных из хозяйств, неблагополучных по ГХЗП и/или бруцеллезу, с последующей дезинфекцией оборудования, помещений и обеззараживание отходов, дезинфекцией транспорта, которым перевозились больные животные;

- соблюдение установленных правил обработки и использования продуктов убоя и молока от животных из хозяйств, неблагополучных по ГХЗП и/или бруцеллезу; - соблюдение правил работы с животными в хозяйствах: использование средств личной гигиены и индивидуальной защиты (халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеенчатые фартуки, специальная обувь и др.), своевременная их замена и стирка; - наличие и правильная эксплуатация бытовых помещений, комнат для отдыха, мест приема пищи, душевых и др.

Выводы:

1. Реабилитация больных ГХЗП и/или бруцеллезом должна проводиться поэтапно: инфекционные стационары (острый период болезни),

реабилитационный центр или санаторий (период выздоровления), поликлиника по месту жительства (кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ)) (диспансеризация), а также должны решаться вопросы медико-социальной экспертизы, связанные с трудоустройством.

2. Эффективной схемой для лечения больных ГХЗП является доксицилин в сочетании с циклофероном, доксицилин в комбинации с гентамицином и циклофероном для - микст-инфекции (ГХЗП+бруцеллез).

3. Оптимизировать работу первичного звена здравоохранения по диспансеризации и санитарно-просветительской работе с населением в отношении зоонозных инфекций.

Литература:

1. Зайцева О.В и др., Щербакова М.Ю., Самсыгина Г.А. Новая хламидийная инфекция.// Лечащий Врач 2006., 2006.- №11.-С. 35-39.
2. Лобзин Ю.В., Ляшенко Ю.И., Позняк А.Л. Хламидийные инфекции: Руководство для врачей.- СПб: ООО "Издательство ФОЛИАНТ", 2003.- 400с.
3. Терских И.И. Орнитоз и другие хламидийные инфекции.- М.: Медицина, 1979.- 229.
4. Нехороших З.Н., Маликова М.В., Бощенко Ю.А., Брошков М.М. И др.Профессиональные зоонозы хламидийной этиологии.// Annals of Mechnikov*s Institute.- № 2.- 2005.
5. Шаткин А.А. Хламидии (Гальпровии) и хламидиозы: Сборник трудов. М., 1982.- 88 С.
6. Эдельштейн И.А. Фундаментальные изменения в классификации хламидий и родственных им микроорганизмов порядка Chlamydiales // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.- 1999.- Т. 1, № 1.- С. 5-11.

Рецензент: к.м.н., доцент Тё В.Е.