

*Бахриева З. Дж.,
Абдухамитова М.А.,
Ярмухамедова Н.А.*

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БРУЦЕЛЛЕЗА

Самаркандский государственный медицинский институт

Иммунная система в организме человека играет основную роль, и доказано, что она является одной из главных мишеней для действия неблагоприятных факторов внешней среды. Необходимо отметить, что роль иммунной системы сложно переоценить, именно она защищает наш организм от вредных факторов как внешней, так и внутренней среды, помогает справиться с множеством инфекций. К сожалению, современный ритм жизни, состояние экологии и ряд других факторов отрицательно сказывается на иммунитете. И нашему организму становится все сложнее противостоять патогенным воздействиям, что и происходит при бруцеллезе, а именно изменение клинического течения бруцеллеза, связанное с изменчивостью макроорганизма. Здесь необходимо отметить, что иммунопатогенез бруцеллеза продолжает находиться в центре внимания многих учёных и врачей-практиков. Разнонаправленные, сложные и динамично меняющиеся параметры иммунного гомеостаза у больного бруцеллезом обуславливают сложности в оценке происходящих сдвигов в иммунной системе, которые приводят к неоднозначным оценкам выявленных нарушений.

Кроме того необходимо отметить тот факт, что до настоящего времени нерешенной остаётся проблема терапии бруцеллеза. Многочисленные исследования свидетельствуют о необходимости наряду с этиотропной терапией использовать иммунокорректирующие препараты, однако общепринятых стандартов по применению иммуномодулирующих средств при бруцеллезе не разработано. Перспективными в последние годы, в случае не однозначных и разнонаправленных изменений иммунитета, считаются иммуномодуляторы, к которым относится - полиоксидоний. Данный препарат для нас интересен тем, что иммуномодулятор, наряду с иммуномодулирующим действием, обладает выраженной детоксикационной активностью, повышает устойчивость мембран клеток и цитотоксическому действию лекарственных препаратов и химических веществ, тем самым снижает их токсичность. Включение полиоксидония в комплексную терапию детей, больных бруцеллезом позволит уменьшить интоксикацию на фоне антибиотикотерапии, что приведет к лечению без изменения схемы стандартной терапии в связи с развитием побочных эффектов (связанной с побочным действием антибиотикотерапии). Полиоксидоний с успехом применяется в лечении реактивных артритов, дегенеративно-дистрофических заболеваний костно-суставной системы, а также заболеваний, связанных с вирусно-бактериальными агентами, поэтому закономерен интерес к возможностям его использования в терапии бруцеллеза. Все вышеизложенное определило необходимость настоящего исследования, позволило

сформулировать его цель и задачи.

В связи с этим нами была поставлена перед собой цель определить изменения, в клиническом течении бруцеллеза, происходящие в организме при лечении детей препаратом полиоксидоний.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 154 ребенка с бруцеллезом, которым было проведено клиническое и лабораторное обследование. Исследование проводилось в период с 2009 - 2011 годы, в городской клинической инфекционной больнице № 1 города Самарканда. Больные были обследованы по существующей инструкции, используемой при диагностике бруцеллеза, включая бактериологический и серологический анализ на бруцеллезную инфекцию.

В результате проведенных исследований нами были установлены следующие диагнозы: остросептическая форма у 56 (36,5%) больных, септико- метастатическая у 44 (28,5%), первично-хроническая у 21 (13,6%), вторично-хроническая - у 33 (21,4%). С учетом установленных диагнозов, мы разделили всех больных на соответствующие группы, так группа больных с острой формой составила - 100 (65,0%) и вторая группа больных с хронической формой заболевания - 54 (35,0%).

Необходимо отметить, что все больные поступали с диагнозами острая респираторная инфекция, лихорадка неясного генеза, тифо-паратифозная инфекция или бруцеллез. Все больные до госпитализации в инфекционные стационары в амбулаторных условиях принимали антипиретики (парацетамол, анальгин, аспирин), антибиотикотерапию, которые помимо кратковременного снижения температуры, не оказывали какого-либо существенного влияния на общее самочувствие. Как правило, отсутствие улучшения самочувствия, а также сохраняющаяся высокая температура на фоне проводимой амбулаторной или стационарной терапии и явилось причиной направления этих больных в инфекционный стационар.

В большинстве случаев полиоксидоний применяли в комбинации с другими препаратами, а также местным и физиотерапевтическим лечением.

Результаты и обсуждения: У всех нами обследованных больных был тщательно изучен эпидемиологический анамнез, с указанием и описанием места проживания больного. Особо обратили внимание на тесный контакт с домашними животными, в частности с мелким рогатым скотом (козами и овцами), крупным рогатым скотом и в случае положительного ответа, уточняли регион (местность) местожительство и

сроки от момента обращения за врачебной помощью до госпитализации. Так, при сборе анамнеза нами было выявлено, что у 60 (39%) больных дома имелись овцы, у 30 (19,45%) больных дома имели мелкий рогатый скот, у 30 (19,45%) коровы, у 20 (13%) овцы и козы и у 4 (2,6%) - свиньи. При этом 10 (6,5%) больных указали на отсутствие в доме подсобного хозяйства. Как видно, наибольшее количество больных имеют дома мелкий рогатый скот, коровы, овец, коз, свиней.

При распределении больных по полу отмечено преобладание мальчиков - 114 (74,1%), над девочками - 40 (25,9%). При анализе возрастной структуры, оказалось, что распределение больных обратившихся в инфекционные стационары были следующими: в возрасте от 1 до 5 лет число детей составляет 19 (12,3%), от 6 до 8 лет 21 (13,6%), от 8 до 14 лет - 114 (74,0%). Данные показатели подтверждают предположение о том, что в группу «риска» по заражению бруцеллезом входят лица большее время проводящие в вероятных очагах заражения, в силу самого активного физического возраста.

В соответствии с целью и поставленными задачами нами проведено детальное исследование объективного статуса больных бруцеллезом детей, включающего анализ состояния кожных покровов (бледность, сухость кожи, наличие сыпи, потливость), увеличение лимфатических узлов, изменения в костно-суставной системе (тонус мышц, болезненность, наличие деформаций суставов), органов дыхания (катаральные явления, хрипы, кашель), органов кровообращения (частота сердечных сокращений, АД, тоны сердца), органы пищеварения (обложенность языка, характер стула), гепатобилиарная система, органы мочевого выделения (дисурия) и нервная система (головная боль, головокружение, заторможенность, повышенная утомляемость, менингеальные симптомы).

Клинические исследования положительных результатов на острую форму бруцеллеза показали следующее: поступление в стационар было следующим: от 2 до 10-го дня - 41,4%, от 10 до 20-41,4% и более поздняя госпитализация наблюдалась в единичных случаях (20 по 30 день - 10,7%, с 30 - 40 - 5,3%, от 40 и выше - 2,9%). При объективном осмотре отмечены бледность кожных покровов и их сухость, повышенная потливость. Со стороны органов дыхания чаще отмечались изменения в виде бронхитов (жесткое дыхание, единичные сухие хрипы). Со стороны сердечно-сосудистой системы в разгар болезни в основном,

на фоне выраженной интоксикации больные жаловались на диспепсические расстройства, такие как отсутствие аппетита, тошноту 8,5 %, рвоту 15,6%. Язык, как правило, был обложен густым грязным или белым налетом. Незначительная пальпаторная болезненность живота отмечалась у 38,5%, гепатомегалия в 35,6 % случаях. Изменения со стороны почек, проявлялось лишь в олигоурии у 5,8 % и протеинурии (10,48%) разной степени выраженности. Изменения со стороны нервной системы проявлялись, в виде головной боли, (чаще она была диффузной и весьма упорной), прием анальгетиков при этом не давал выраженного эффекта.

Больные в хронической форме - 54 (35,0%) поступали преимущественно с жалобами на боли в суставах, быструю утомляемость, слабость, ограничение движения в суставах.

Всем больным в стационаре проводилось комплексное лечение. В качестве этиотропной терапии нами были использованы следующие антибиотики: левомецетин (58,0%), стрептомицин (24,4%), ампициллин (17,5%), аминогликозиды в (13,6%), доксициллин (6,3%), бисептол (3,4%), цефалоспорины (2,4%), ципрофлоксацин (1,9%), пенициллин (1,4%). При выраженной интоксикации проводилась дополнительно дезинтоксикационная (коллоидные и кристаллоидные растворы) и десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты). Всем больным в дополнении назначался полиоксидоний в возрастной дозе 3 мг по схеме 1-2-4-6-8-10 -12-14-16 -18, в количестве 10 инъекций.

Выводы: Результаты наших исследований показывают, применение полиоксидония позволило повысить эффективность и сократить продолжительность лечения, значительно уменьшило длительность использования антибиотиков.

При лечении *острой* формы бруцеллеза у детей достигнуто существенное уменьшение интоксикации организма.

При лечении *хронической* формы бруцеллеза у детей применение полиоксидония по меньшей мере, значительно уменьшило проявления болезни и существенно увеличило продолжительность ремиссии между обострениями.

Литература

1. Курманова К.Б. Совершенствование методов лечения больных бруцеллезом: Автореф. Дисс. д-ра мед. Наук.-М., 1990, - 39с.
2. Курманова К.Б., Дуйсенова А.К. Бруцеллез. Клинические аспекты. Алматы. 2002. 350 стр.
3. Клинико-иммунологическая характеристика и иммуномодулирующая терапия бруцеллеза: Автореф. Дисс. докт. мед. наук. ГУГ., 1991. 30 с.

во всех
случаях

отмечалось приглушение тонов сердца. Наиболее часто