

РЕЗИДУАЛ БРУЦЕЛЛЁЗНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Ниязова Т. А., Облоқулов А.Р., Магзумов Х.Б., Тохтамурадов Х.Д., Бобожонов Ш.Ж.,

Тошкент тиббиёт академияси, Абу Али Ибн Сино номли Бухора давлат тиббиёт институти,
Эпидемиология, микробиология ва юқимли касалликлар илмий-тадқиқот институти.

✓ Резюме,

Муаллифлар томонидан ҳозирги вақтда бруцеллёзнинг резидуал шаклини клиник-иммунологик кечиш хусусиятларини ва хондрорит препарати ёрдамида даволаш самарадорлигини ўрганилган. Беморларда резидуал бруцеллёздаги ўзгаришлар функционал хусусиятга эга бўлиб, унинг асосида иммуноаллергик ўзгаришлар ва вегетатив нерв тизимининг жараҳотланиши натижасида таъсирчанлик, психико-неврологик ўзгаришлар, артралгия ва субфебрилитет (34%) кузатилади. Беморларда резидуал бруцеллёз шаклланида оғир қолдиқ асоратли ўзгаришлар: фиброзитлар (32%), бўғим деформацияси (6%), нерв толаларини жараҳотланиши билан кечган қаттиқ оғриқ (78,5%) бўлган. Сурункали ёки резидуал бруцеллёз билан касалланган беморлар хондрорит препарати қабул қилганда, клиник симптомларни сўниши 1-1,5 марта тезроқ кечган.

Калит сўзлар: бруцеллёз, сурункали бруцеллёз, резидуал бруцеллёз.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ БРУЦЕЛЛЁЗЕ

Ниязова Т. А., Облоқулов А.Р., Магзумов Х. Б., Тохтамурадов Х. Д., Бобожонов Ш. Ж.,

Ташкентская Медицинская Академия,
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний.

✓ Резюме,

Авторами проведено исследование на современном этапе по изучению клинико-иммунологических особенностей клинического течения резидуального бруцеллеза. Изучена эффективность препарата хондрорит при резидуальном бруцеллёзе. Установлено, что клиническое течение резидуального бруцеллёза носит функциональный характер, в основе которого лежат иммуноаллергические изменения. Поэтому поражение вегетативной нервной системы характеризуется раздражительностью, психико-неврологическими изменениями, артралгией, а также субфебрильной температурой (32%). У больных с резидуальным бруцеллёзом встречаются следующие тяжелыми осложнениями: фиброзиты (32%), деформация суставов (6%), сильнейшие боли с поражением нервных волокон (78,5%). Установлено, что при приеме препарата хондрорит у больных хроническими и резидуальными формами бруцеллеза 1-1,5 раза быстрее угасают клинические симптомы.

Ключевые слова: бруцеллёз, хронический бруцеллёз, резидуальный бруцеллёз

TREATMENT OPTIMIZATION IN RESIDUAL BRUCELLOSIS

Niyazova T. A., Obloqulov A.R., Magzumov H.B., Tokhtamurodov H. D.,

Tashkent Medical Academy, 100109, Uzbekistan Tashkent Farobi 2 <http://tma.uz/ru/>,
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina 200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue
stride <http://bsmi.uz>,
Research Institute of Epidemiology, Microbiology and Infectious Diseases [https://www.devex.com/organizations/
research-institute-of-epidemiology-microbiology-and-infectious](https://www.devex.com/organizations/research-institute-of-epidemiology-microbiology-and-infectious).

✓ Resume,

The authors conducted a study at the present stage to study the clinical and immunological features of the clinical course of residual brucellosis. The efficacy of the drug chondroritis in residual brucellosis was studied. It was established that the clinical course of residual brucellosis is functional in nature, which is based on immunoallergic changes. Therefore, damage to the autonomic nervous system is characterized by irritability, psycho-neurological changes, arthralgia, and also low-grade fever (32%). In patients with residual brucellosis, the following serious complications are encountered: fibrositis (32%), joint deformation (6%), severe pain with damage to nerve waves (78.5%). It has been established that when taking chondroritic in patients with chronic and residual forms of brucellosis, clinical symptoms die 1-1.5 times faster.

Key words: brucellosis, chronic brucellosis, residual brucellosis.

Долзарблиги

Бруцеллёз эндемик ўчоқларида асосан касалликни сурункали шакли кўпроқ учрамоқда [1,5]. Сурункали бруцеллёз айниқса бирламчи сурункали бруцеллёз вақтида ташхис қўйилмаганлиги сабабли, ҳамда эндемик ўчоқларда бруцеллёзда суперинфекция

ва реинфекциялар кўпроқ учраганлиги учун беморлар тўлиқ тузалмайди ва натижада уларда резидуал бруцеллёзга ўтиб кетиш хавфи кўзатилади. Шу сабабли вақтида ва тўлиқ даволанмаган беморларда аста-секин резидуал бруцеллёз шаклланади [1,3,4,5]. Бруцеллёз сурункали шаклининг клиник кечилишининг давомийлиги, кўпинча ногиронликка олиб келиши ва қайтадан

касалланишга мойиллик касаллиқни даволаш чораларини такомиллаш тиришни тақозо этади. Шуларни эътиборга олиб, сурункали ва резидуал бруцеллэз билан хасталанган беморлар ахволини енгиллаштириш мақсадида, уларни комплекс даволашни такомиллаш тиришга ҳаракат қилдик.

Илмий тадқиқот мақсади, ҳозирги вақтда бруцеллэзнинг резидуал шаклини клиник-иммунологик кечиш хусусиятларини ўрганиш ва глюкозамин ва хондроитин таркибли даво воситалари ёрдамида даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва услублар

Илмий ишни бажаришда ССВ қарашли ЭМЮКИ-ТИ клиникасида 2016-2019йиллар давомида стационар шароитида даволанган, бруцеллэз билан касалланган беморлар текширув манбаи ҳисобланди. К.Ж.Жалилов (1986й.) клиник таснифига қўра, асосан сурункали бруцеллэз билан касалланган беморлардан 60 нафарига "резидуал бруцеллэз" таъхиси қўйилган. Уларнидан 30 нафари асосий гуруҳга; 30 нафари назорат гуруҳига киритилган беморларни ташкил қилади. 30 нафар асосий гуруҳдаги беморлар комплекс (патогенетик ва симптоматик) даволаш фонида глюкозамин ва хондроитин таркибли даво воситалари 250мг х 2 маҳал беморни ҳолатига қараб 1-1,5 ой ичиш тавсия этилган. 30 нафар назорат гуруҳдаги беморлар комплекс (патогенетик ва симптоматик) даволаш муложалалари ўтказилган. Илмий ишни олиб боришда қўйидаги клиник лаборатор ва серологик текширишлар олиб бо-

рилди: биохимик текширувлар (АЛТ, АСТ); серологик текширувлар (Хеддельсон, Райт, ИФА) ўтказилди. Беморларнинг периферик қонда ҳужайравий иммунитетни аниқлаш учун Т- лимфоцитарни ва уларнинг субпопуляциясини CD3+; CD20+; CD4+; CD8+ ва бўғим қалтаси антигени тўқимасига боғловчи лимфоцит (АБЛ ТАГ) Заляиева М.В., Прохорова Р.С. (2001) усулларидадан фойдаланди[2]. Олинган натижалар Pentium-IV махсус компьютерида Microsoft Office Excel-2003 дастури ёрдамида статистик ишлов берилди.

Натижа ва таҳлиллар

Кузатувдан маълум бўладики, резидуал бруцеллэз билан касалланган беморларнинг асосий юқиш йўллари 39 (65%) ҳолларда маиший - мулоқот орқали, 21(35%) эса алиментар ва аралаш юқтириш омиллари бўлгани аниқланган. Сурункали бруцеллэзлардан 25 ёшдан 65 ёшгача беморларни резидуал шаклига ўтканлиги кузатилган. Улардан 45 (75%) эркаклар ва 15 (25%) аёллар ташкил қилган. Резидуал бруцеллэзда беморларнинг шикоятлари: асосан оғриқларга (елка, қўл-оёқ бўғимларда оғриқ, чанок бўғимларда), бўғимларда деформациясига (6%), ҳолсизликка, бош оғришига, асабийлашишга, уйқусизликка, радикулитларга, бурситларга кўпроқ шикоят қилишган. Умумий заҳарланиш белгилари деярли учрамаган, тана ҳарорати субфебрил ҳолатида кузатилган. Беморларни клиник текширилганда жадвалда келтирилган симптомлар учраган. Асосий гуруҳдаги беморларга патогенетик ва симптоматик даво билан

1-жадвал

Резидуал бруцеллэзни глюкозамин ва хондроитин таркибли даво воситалари билан даволаш самарадорлиги (% M±m)

№	Клиник симптомлар	Клиник симптомларни сўниши			Р
		асосий гуруҳ		назорат гуруҳи	
		даволашдан олдин (n=30)	даволашдан кейин (n=30)	даволашдан кейин (n=30)	
1.	Тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши	12,1±2,7	7,3±2,1	9,6±2,2	< 0,05
2.	Асабийлашиш	25,3±2,5	16,1±2,3	22,1±2,6*	< 0,05
3.	Ҳолсизлик	29,4±3,1	12,2±3,5	25,2±3,3*	< 0,05
4.	Бош оғриши	22,6±1,9	13,3±2,0	16,3±2,1	< 0,05
5.	Уйқусизлик	17,5±1,8	10,2±2,3	13,2±2,4	< 0,05
6.	Юрак тонлари бўғиқ	27,0±2,1	14,2±2,7	22,2±2,6*	< 0,05
7.	Лимфа тугунлари катталаниши	23,2±2,7	11,7±1,6	18,7±1,5*	< 0,05
8.	Елка бўғимларида оғриқ	24,9±2,8	15,3±2,8	21,3±2,7*	< 0,05
9.	Қўл бўғимларида оғриқ	21,7±1,6	9,1±2,5	17,1±2,2*	< 0,05
10.	Чанок бўғимларида оғриқ	17,9±2,3	8,2±2,8	15,2±2,3*	< 0,05
11.	Оёқ бўғимларида оғриқ	27,6±2,9	16,8±2,3	23,5±2,7*	< 0,05
12.	Бўғимлар деформацияси	15,8±2,7	6,3±2,4	13,6±2,4*	< 0,05
13.	Ишиас	18,5±1,9	8,7±2,6	12,7±2,3	< 0,05
15.	Ишиарадикулит	10,0±2,2	8,6±2,9	9,6±2,5	≥ 0,05
16.	Бурсит	27,8±1,6	16,4±3,1	23,7±2,8*	< 0,05
17.	Фибриозит	26,5±2,9	14,5±2,6	21,1±2,7*	< 0,05
18.	Целлюлит	22,4±2,5	19,8±3,2	20,7±2,3	≥ 0,05

Изоҳ: жадвал 1даги Р - асосий гуруҳдаги даволашдан олдинги ва кейинги жараёндаги ишончи фарқи;

* —асосий ва назорат гуруҳларнинг даволашдан кейинги ишончи фарқи.

биргаликда глюкозамин ва хондроитин таркибли даво воситаларини 20 кун давомида тайин қилинди. Кейин беморларга уйга жавоб берилгандан кейин ҳам амбулатор шароитида бу даво воситаларни 1 ой ёки беморнинг шикоятларига қараб 1,5 ойгача ичиш тавсия этилди. Динамикада беморлардан таҳлил учун қон олиб текширилиб турилди. 1-жадвалда резидуал бруцеллёзда глюкозамин ва хондроитин таркибли даво воситалари билан даволаш самарадорлигини аниқлаш мақсадида, беморлардаги клиник симптомларни сўнишини асосий гуруҳни назорат гуруҳ билан таққосланган.

1-жадвал маълумотларини таҳлил қилсак, беморларда учраган симптомларни клиник сўнишини асосий гуруҳдаги даволашдан олдинги ва кейинги жараёндаги ҳолатни кўриб чиқадиган бўлсак; ҳамма симптомлар асосий гуруҳдаги беморларда даврдан кейин ишончли равишда ($P<0,05$) назорат гуруҳидан фарқ қилади. Беморлардаги фақат ишиарадикулит ва целлюлит симптомлари булардан мутасно ($P=0,05$).

Демак, тавсия қилинган хондро-риц препарати сурункали шаклидан резидуал шаклига ўткан беморларда учраган клиник симптомларнинг сўнишига ижобий таъсир қилган.

Беморларнинг асосий ва назорат гуруҳларида даволашдан кейинги натижаларини кўриб чиққанимизда асосий клиник симптомлар бир-бирдан ишончли равишда ($P<0,05$) фарқ қилиши кузатилган. Айрим клиник симптомлар жумладан, тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, бош оғриши, уйқусизлик, ишиас, ишиарадикулит, целлюлит каби ўзгаришлар даволашдан кейин ҳам иккала гуруҳда учраб турган ва гуруҳлар орасидаги фарқи ишончли даражада эмас ($P=0,05$).

Демак, беморларда марказий ва вегетатив нерв тизимининг жараҳотланиши натижасида келиб чиқадиган таъсирчанлик, психико-неврологик ўзгаришларга натижасидаги оғриқ (78,5%), баъзан субфебрилитет ҳолатини узоқроқ даволашга тўғри келади. Субфебрилитет симптоми кўпроқ сурункали бруцеллёздан қолдиқ бруцеллёзга ўтиш давридаги беморларда (34%), турғун резидуал бруцеллёз шаклланган беморларга нисбатан кўпиноқ кузатилган.

Асосий гуруҳдаги беморларда хондро-риц препаратининг самарасини ўрганиш мақсадида, динамикада буларнинг иммунологик ўзгаришларини кўриб чиқдик. Бунинг учун назорат гуруҳи сифатида 25 нафар соғлом инсонларнинг иммун тизимини кўрсаткичларини келтирдик.

2-жадвал

Глюкозамин ва хондроитин таркибли даво воситаларини билан даволанганда беморларнинг иммун тизимининг ўзгариши (%)

Кўрсаткичлар	Соғломлар (назорат гуруҳи) (n=25)	Кўзатувдаги беморлар (асосий гуруҳи)				
		Даволашдан олдин (n=30)	P ₁	Даволашдан кейин (n=30)	P ₂	P ₃
CD3+—лимфоцитлар	54,8±1,5	43,1±1,2	<0,05	49,7±1,2	<0,05	<0,05
CD4+—лимфоцитлар	29,6±2,2	22,0±1,3	<0,05	37,2±1,5	<0,05	<0,05
CD8+—лимфоцитлар	18,9±2,4	16,4±2,1	>0,05	18,2±2,3	>0,05	>0,05
CD20+—лимфоцитлар	20,7±1,6	16,8±0,9	<0,05	18,2±0,9	>0,05	>0,05
АБЛ ТАГ	2,0±0,05	3,2±0,06	<0,05	2,5±0,07	>0,05	>0,05
АлАТ u/l	0 - 42	41,5±0,09	>0,05	37,9±0,15	<0,05	<0,05
АсАТ u/l	0 - 37	27,8±0,32	<0,05	24,4±0,38	<0,05	<0,05

Изоҳ: P₁ -асосий гуруҳни даврдан олдинги кўрсаткичларини назорат гуруҳидан ишончли фарқи;

P₂ -асосий гуруҳни кўрсаткичларини даврдан олдин ва даврдан кейинги ишончли фарқи;

P₃ -асосий гуруҳни даврдан кейинги кўрсаткичларини назорат гуруҳидан ишончли фарқи.

2-жадвал кўрсаткичларни таҳлили кўрсатишича, назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳдаги беморларнинг иммунологик кўрсаткичлари ишончли равишда ($P<0,05$) пасайганлигини кўраимиз. Фақат CD8+—лимфоцитлар фарқи назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳдаги беморларнинг кўрсаткичлари пасайиши ишончли равишда эмас ($P=0,05$).

Асосий гуруҳда беморларда даволашдан кейинги иммунологик кўрсаткичларни даволашдан олдинги ва назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан таққосланганда: CD3+—; CD4+— лимфоцитлар сони ишончли равишда ($P<0,05$) кўпаяди. Беморларда даволашдан кейин иммунологик кўрсаткичларига нисбатан даволашдан олдинги ва назорат гуруҳи кўрсаткичлари CD8+—; CD20+— ва АБЛ ТАГ— лимфоцитлар деярли ўзгармайди ($P=0,05$).

Беморларнинг биохимик кўрсаткичлари (АлАТ, АсАТ) асосий гуруҳ ва назорат гуруҳларда давогача бироз ошган, даврдан кейин иккала гуруҳ беморларда мёърий кўрсаткичларда бўлган ($P<0,05$).

Демак, асосий гуруҳдаги беморларнинг иммунологик кўрсаткичлари ўтказилган комплекс терапия туфайли ижобий натижасига эришганлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, олинган натижаларга асосланиб, назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан асосий гуруҳдаги беморлар учун тавсия қилинган терапия устунлиги ва резидуал бруцеллёз билан хасталанганларга ижобий таъсир кўрсатганлиги аниқланди. Бу ҳолат асосий гуруҳдаги беморларни даволаш жараёнида клиник симптомларини сўниши (1-1,5 марта тезроқ) ва иммунологик кўрсаткичларни яхшиланишига олиб келади.

Хулосалар

1. Беморларда резидуал бруцеллёздаги ўзгаришлар функционал хусусиятга эга бўлиб, унинг асосида имуноаллергик ўзгаришлар ва вегетатив нерв тизимининг жараҳотланиши натижасида таъсирчанлик, психико-

неврологик ўзгаришлар, артралгия ва субфебрилитет (34%) кузатилган.

2. Беморларда резидуал бруцеллёз шаклланганда оғир қолдиқ асоратли ўзгаришлар: фиброзитлар (32%), бўғим деформацияси (6%), нерв толаларини жароҳатланиши билан кечган қаттиқ оғриқ (78,5%) бўлган.

3. Сурункали ёки резидуал бруцеллёз билан касалланган беморлар глюкозамин ва хондроитин таркибли даво воситаларини қабул қилганда, клиник симптомларни сўниши 1-1,5 мартаба тезроқ кечган.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Axmedova M.D., Niyazova T.A., Artikov I.A. "Pozdnyaya diagnostika pervichno - xronicheskoy form brusellyoza" Materialy V Vserossiyskiy Kongressa po infektsionnym boleznyam, Moskva, 28-30 mart 2016g., S.24.
2. Zalyalieva M.V., Proxorova R.S. Sposob opredeleniya subpopulyatsiy limfotsitov // №1 DR 20000774 D/F. MPK №33/48.-26.02.2001.
3. Kurmanova K.B., Duysenova A.K. "Brusellez. Klinicheskie aspekty". -Almaty", 2002 g.-352s.
4. Kuljanova Sh.A. Kliniko-immunopatogeneticheskie obosnovaniya immunomoduliruyushchey terapii brusellyoza: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. -Semey.2009-61s.
5. Shuldyakov A.A., Lyapina Ye.P., Soboleva L.A. Osobennosti formirovaniya organopatologii pri xronicheskom brusellyoze // Infektsionnye bolezni, Saratov,2011.- T.-9., №3.-S.49-52.

Келиб тушган вақти 09.03. 2020