

**УДК 616.981.718-08**

***Ташбаев Алишер Бахриддинович***

***Кафедра медицинской радиологии и клинической лабораторной  
диагностики факультета повышения квалификации и переподготовки  
врачей***

***Андижанский государственный медицинский институт***

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОКСИЕЛЕЗА  
В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

***Резюме:*** Актуальность изучения коксиеллеза заключается в его широкой распро-страненности, полиморфизме клинических проявлений, затрудняющем постановку диагноза, возможности формирования гепатита и пневмонии, подострой и хронической форм болезни. Крупнейшая эпидемия коксиеллеза в 21 веке была отмечена в Нидерландах, где с 2007 по 2010 годы было выявлено около 4000 случаев инфицирования. По официальным данным за период с 1957 по 2016 год зарегистрировано 13290 случаев заболевания.

Хотя в последние годы произошел существенный прогресс в изучении коксиеллеза, патогенез этого заболевания еще недостаточно выяснен. По данным литературы основную роль в формировании клинических проявлений коксиеллеза играют изменения иммунитета.

***Ключевая слова:*** коксиеллез, распространенность, эпидемия, клиничко-лабораторные проявления.

**Tashbayev Alisher Bakhriddinovich**

**Department of Medical Radiology and Clinical Laboratory  
Diagnostics of the Faculty of Advanced Training and Retraining of Doctors  
Andijan State Medical Institute**

**CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS OF  
COXIELLOSIS IN THE ANDIJAN REGION**

**Resume:** The relevance of the study of coxiellosis lies in its wide spread, polymorphism of clinical manifestations that complicates the diagnosis, the possibility of the formation of hepatitis and pneumonia, subacute and chronic forms of the disease. The largest epidemic of coxyellosis in the 21st century was noted in the Netherlands, where about 4,000 cases of infection were detected from 2007 to 2010. According to official data for the period from 1957 to 2016, 13,290 cases of the disease were registered.

Although significant progress has been made in the study of coxiellosis in recent years, the pathogenesis of this disease has not yet been sufficiently clarified. According to the literature, the main role in the formation of clinical manifestations of coxyellosis is played by changes in immunity.

**Keywords:** coxiellosis, prevalence, epidemic, clinical and laboratory manifestations.

**Введение.** Коксиеллез (лихорадка Ку) - острая риккетсиозная болезнь из группы природно-очаговых зоонозов, характеризующаяся различными путями передачи, общей интоксикацией и полиморфизмом клинических проявлений. Возбудитель - грамотрейная внутриклеточная бактерия *Coxiella burnetii*. Это одно из тех редких заболеваний, когда при аэрогенном инфицировании один микроорганизм может привести к болезни [2,5]. При всех путях инфицирования возбудитель проникает в кровь, размножается в эндотелии сосудов и обуславливает развитие общей интоксикации. В отличие от других риккетсиозов размножение возбудителя происходит не только в эндотелии сосудов, но и в гистиоцитах и макрофагах ретикулоэндотелиальной системы [4]. Возбудитель может длительно персистировать в организме человека, что объясняет возможность развития при коксиеллёзе затяжного и хронического течения. 50-60% пациентов, инфицированных коксиеллёзом, болеют бессимптомно. Инкубационный период колеблется

от 3 до 40 дней. Описано более 30 симптомов, характерных для данного риккетсиоза [3]. Полиморфизм клинических проявлений кокциеллёза определяется механизмом передачи, первичной инфицирующей дозой риккетсий и уровнем защитных сил организма [1].

**Цель исследования.** Определить клинико-патогенетическое и прогностическое значение иммунологических и биохимических маркеров у больных кокциеллезом для оптимизации терапии.

**Материалы и методы исследования.** Наше исследование показало различия в распределении пациентов по возрасту (до 50 лет и старше 50 лет) и полу. В обеих группах мужчины болели чаще, чем женщины ( $p < 0,001$ ), что соответствует данным других исследователей. Хотя точные причины этого распространения неизвестны, предполагается, что определенную роль играют половые гормоны.

**Результаты исследования.** Наши исследования показали, что кокциеллез наблюдается непрерывно в течение всего года с плавным подъемом в апреле-июле (60,1%), то есть в весенне-летний период обострения. Эпидемиологический анамнез показал, что 136 больных (41,5%) проживали в сельской местности, а 190 человек (58,3%) – в городе, то есть население города в 1,4 раза больше, чем у сельского населения с кокциеллезом ( $p < 0,01$ ). В то же время население 77 городов (23,6%) имело дачи. Как видно из рисунка 1, среди сельских пациентов с кокциеллезом в наблюдаемой нами группе было больше зарегистрировано население Шахриханского, Балыкчинского и Мархаматского районов Андижанской области. Неравномерное территориальное распространение заболевания кокциеллезом, несомненно, связано не только со степенью активности природных и антропогенных очагов инфекции, но и с реальной возможностью их выявления.

Так, 91 пациент (27,9%) временно безработный, 41 пациент (12,6%) рабочий, 36 человек (11,0%) пенсионеры, 34 пациента (10,4%) водители

транспортных средств, 13 пациентов (3,4%) охранники, 12 пациентов (3,7%) медицинский персонал. Остальные 99 пациентов (30,7%) имели разные профессии: сотрудники полиции, руководители фирм и предприятий, инженеры, предприниматели, пограничники, рыбаки, учителя.

Был отмечен полиморфизм путей передачи. Учитывая место проживания всех обследованных пациентов в эндемическом очаге коксииеллеза, существовала высокая вероятность заражения аэрогенным путем. Заражение в 59,8% случаев может произойти при алиментах. Так, 119 пациентов (36,5%) употребляли домашние молочные продукты, 10 человек (3,0%) – пастеризованное молоко, 67 пациентов (20,2%) – мясо (шашлык), которое не было достаточно термически обработано. У 54 пациентов (16,5%), которые зафиксировали поглощение или удаление клещей, была возможна передача инфекции коксииеллы. Перенос может быть осуществлен 28 пациентам (8,6%), которые часто отправляются на рыбалку водным путем. 69 пациентов (21,1%) спасли своих домашних животных: крупный рогатый скот, кроликов, хомяков, домашнюю птицу, собак и кошек, как крупных, так и мелких. По сравнению с данными десятилетней давности [38], произошли изменения в путях передачи коксииеллы. В современных условиях пути передачи коксииеллы Burnet алиментарный и в 1,7 раза чаще наблюдались при передаче в 4,3 раза чаще.

Пациенты с коксииеллезом получали в среднем 6,2 дня, при продолжительности заболевания более 0,2 дней, и у них часто наблюдались симптомы, показанные на рисунке 3. Одним из ведущих признаков была лихорадка (326 человек). У большинства пациентов была ремиттирующая (280 человек, 85,4%), редко даврийская (34 человека, 10,4%) и персистирующая (12 человек, 4,3%) лихорадка. Продолжительность лихорадочного периода колебалась от 5 до 35 дней и составляла в среднем 13,5, соответственно, 0,8 дня. Лихорадка

продолжительностью 1 неделю была зарегистрирована у 100 пациентов (30,5%), через 2 недели – у 163 пациентов (50,0%). У 25 пациентов (7,6%) с коксиейлезом продолжительность лихорадки наблюдалась в течение 3 недель, у 38 пациентов (11,7%) лихорадка наблюдалась в течение 4-6 недель. В начале заболевания температура у больных повышалась до 39-40С, в среднем 13,0 градусов Цельсия на 0,5 день, температура снижалась до субфебрильных показателей.

Интоксикация вовлекла в этот процесс соответствующие отделы нервной системы, что наблюдалось у 315 человек со слабостью, головной болью у 266 пациентов, мышечными болями в верхних и нижних конечностях и пояснице у 225 пациентов. У 138 пациентов наблюдалось снижение аппетита. Лихорадка сопровождалась ознобом у 165 пациентов, потливость наблюдалась у 54 пациентов (16,6%).

Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки наблюдалась у 204 пациентов, в то время как гепатомегалия наблюдалась у половины пациентов. Наличие гепатомегалии не всегда характеризует степень поражения печени, нарушение ее функций, так как увеличенная печень может нормально функционировать. У 152 пациентов (46,6%) был ssle, у 127 человек были боли в суставе. 90 пациентов жаловались на кашель, сухость или выделение мокроты, боль или чувство стеснения в груди. В то же время аускультативно было выслушано сухое свистящее дыхание у 156 пациентов (47,8%) на фоне тяжелого дыхания.

Хотя повреждение сердечно-сосудистой системы было отмечено в виде тахикардии у 213 (65,3%), брадикардии у 25 (7,7%), некоторые клиницисты отметили наличие брадикардии у преобладающего числа пациентов с коксиейлезом [38, 119, 154]. Артериальная гипотензия была выявлена у 78 (23,9%) пациентов, а тональные или глухие сердечные тоны - у 91 (27,9%) пациента. Это К. М. Лобан (2002) считает, что токсинрикезия при кокселлиозе является следствием причинного действия N-

окончаний. нарушения метаболических процессов миокарда, приводящие к развитию изменений во влагалище и его ядрах, также оцениваются в клинической практике как "инфекционное сердце".

49 пациентов жаловались на тупую боль в животе, локализованную в эпигастрии и правом подреберье. У 57 пациентов (17,5%) при пальпации отмечалась боль в эпигастрии и правом подреберье. У 60 пациентов было отмечено пожелтение слизистых оболочек и кожи, что свидетельствовало о нарушении обмена билирубина вследствие развития гепатита.

Синдром интоксикации проявился у 48 пациентов тошнотой, которая сопровождалась рвотой у 28 человек.

У 19 пациентов развились нарушения гемостаза, проявляющиеся кровотечением из десен, кровотечением из носа и образованием гематом в местах инъекций. У 18 больных коксиеллезом экзантема была выявлена на 3-16-й день заболевания в виде локализованного поражения, поражения папулезных и геморрагических элементов в верхних и нижних конечностях, спине, груди и хвосте.

Возраст пациентов с подострым коксиеллезом был в 1,2 раза выше, чем возраст пациентов с острой формой (47,1 года и 1,8 года и 39,9 года и 3,8 года,  $p < 0,001$ ). Длительность заболевания при подострой форме была в 2,1 раза выше, чем при острой форме ( $p < 0,001$ ). Как видно из таблицы 10, у пациентов с подострой формой заболевания лихорадка наблюдалась в 2,4 раза, слабость и артралгия в 2,3 раза, озноб, потливость, миалгия и снижение аппетита в 2,2 раза, кашель в 2,1 раза, головная боль в 2 раза, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки и рассеянный склероз в 1,9 раза. по сравнению с пациенты с острым коксиллом, роконъюнктивитом, гепатомегалией в 1,8 раза, болью в животе в 1,7 раза, желтухой в 1,6 раза, тошнотой в 1,5 раза.

**Вывод.** Таким образом, данные исследования показали, что текущее течение коксиеллеза в Андижанской области по-прежнему сопровождается полиморфизмом клинических проявлений этого заболевания.

Выявление различных клинических симптомов зависит от пола пациента, продолжительность которых зависит от возраста пациента. В последние годы, в дополнение к препаратам типа тетрациклина, в качестве этиотропной терапии для лечения коксиеллеза был использован ряд альтернативных антибактериальных препаратов. Было показано, что этиотропную и патогенетическую терапию при необходимости следует проводить параллельно с иммунокоррекцией.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Жаркова, В. В. Клинико-патогенетические особенности и оптимизация терапии коксиеллёза на современном этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Жаркова.- М., 2007.- 23 с.

2. Лобан, К.М. Риккетсиозы человека / К.М. Лобан, Ю.В. Лобзин, Е.П. Лукин.- М.-СПб.: Издательство ЭЛБИ -СПб., 2002.- 397 с.

3. Покровский, В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник для медицинских вузов / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин.- М.: ГЕОТАР-МЕД, 2003.- 816 с.

4. Q fever: persistence of antigenic non-viable cell residues of *Coxiella burnetii* and the implications for post Q fever infection fatigue syndrome and other chronic sequelae / B.P. Marmion [et al.] // An International Journal of Medicine.-2009.- Vol. 102.- № 10.- P. 673-684.

5. Raoult, D. Natural history and pathophysiology of Q fever / D. Raoult, T. Marrie, I. Mege // Lancet Infect Dis.— 2005.— Vol. 5.— № 4.— P. 219—226.