

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ  
«ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»**

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КЫРГЫЗСТАНА**

Межведомственный диссертационный совет Д.14.11.045

На правах рукописи  
УДК 616.98:579.882.11]-036.22

**АЖИКУЛОВА ВЕНЕРА САТВАЛДИЕВНА**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ  
ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ  
(на примере Ошской области)**

14.02.02 — эпидемиология

Автореферат  
диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек – 2013**

**Работа выполнена на базе кафедры общественного здравоохранения  
медицинского факультета Ошского государственного университета**

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук  
**Орозбекова Бубусайра Толобаевна**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
**Василевский Михаил Григорьевич**

кандидат медицинских наук, с.н.с.  
**Темиргалиева Бегаим Кудусовна**

**Ведущая организация:** Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций им. М. Айкимбаева Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г.Алматы)

Защита диссертации состоится « 31 » января 2013 г. в 13.00 часов на заседании межведомственного диссертационного совета Д.14.11.045 при Научно-производственном объединении «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения и Международном университете Кыргызстана Министерства образования и науки Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34.

Автореферат разослан « 29 » декабря 2012 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
д.м.н., профессор**



**Белов Г.В.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** За последние годы, как в мире, так и в нашей стране усилилось внимание к эпидемиологии и профилактике хламидийной инфекции (ХИ), в связи с широким распространением среди этого заболевания всех групп населения. Заболеваемость населения ХИ колеблется от 14 до 80% (В.И. Прохоренков с соавт., 1991; М.В. Яцуха с соавт., 1996; Ю.С. Бутов, 1998; Э.А. Баткаев с соавт., 1999; В.П. Адаскевич, 2001; И.Г. Германенко, 2001; В.М. Гранитов, 2002; О.Л. Иванов, и др. 2002; А.А. Хрянин с соавт., 2004; А.И. Кубанова с соавт., 2005; D.J. Watson et al., 1990; S. Hillis, et al., 1995; R.P. Verkovjen et al., 1998). По данным ВОЗ ХИ инфицировано до 1млрд. человек. В США ежегодно регистрируется около 4 млн. новых больных хламидиозом и почти у 100 тыс. новорожденных развиваются манифестные формы ХИ. (Е.И. Юлиш и др., 2004).

С появлением новых более чувствительных методов выявления ХИ распространенность заболеваемости хламидиозами увеличивается. Между тем, достоверные данные о распространении хламидиозов в Ошской области отсутствуют, из-за низкого уровня лабораторной диагностики ХИ, обусловленной организационными, техническими и профессиональными недочетами (Б.Т. Орозбекова, 2010).

В настоящее время урогенитальный хламидиоз (УГХ) является серьезной проблемой для здравоохранения вследствие широкого распространения и негативного влияния на уровни репродуктивного здоровья населения (Г.Г. Мусалимова, 2004). УГХ характеризуется высокой контагиозностью, сравнительно быстрым распространением, высокой склонностью к хронизации бессимптомного течения (М.А. Башмакова с соавт., 1995; Е.Н. Брюхина с соавт., 2003; E.W. Hook, 1990).

Появились сообщения, в которых хламидии рассматриваются как фактор провокации бронхиальной астмы, хронического бронхита и обструктивной пневмонии. Наряду с этим получены неоспоримые доказательства участия ХИ в этиологии респираторных заболеваний человека. (Л.А. Алексанян с соавт. 1997; С.Н. Сидорчук, 2004). В ряде сообщений, доказывається взаимосвязь хламидиозов с большой группой заболеваний неуточненной этиологии - другие реактивные артропатии и реактивная артропатия неуточненная (МКБ-10). В Ошской области численность лиц с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (артропатиями) составляет около 6 тыс. (803,9 на 100 тыс. нас.) человек, однако лечение этих больных проводится без учета ХИ. Это приводит к назначению препаратов, не оказывающих эффективного воздействия на внутриклеточных паразитов, каковыми являются хламидии (Е.И. Юлиш и др. 2002; F.W. Johnston 1985).

Недостаточная эффективность антибактериального лечения больных ХИ связана с отсутствием сертифицированных методик определения антибиотико-

чувствительности (А.М. Савичева и др., 1998; В.А. Молочков и др., 1998; В.П. Адаскевич, 2001; В.М. Яковлев и др., 2000; В.В. Чебатарев, 2003).

Таким образом, в диагностике инфекций с внутриклеточной локализацией, достоверные данные об истинной распространенности хламидиозов отсутствуют. В определенной мере неизученными остаются вопросы диссеминации УГХ, а также роль ХИ в распространении артропатий, тогда как данные заболевания широко распространены. В этой связи представляется чрезвычайно важным изучение проблемы хламидиозов. Исследования проводили в рамках государственной программы НИР, регистрационный № 01040 КР 00162.

**Цель исследования** - разработка научно-обоснованной клинико-лабораторной диагностики, а также мероприятий первичной и вторичной профилактики, с учетом эпидемиологических особенностей хламидийной инфекции.

#### **Задачи исследования**

1. Изучить распространенность и структуру заболеваний сопутствующих ХИ на территории Ошской области по данным официальной статистики.

2. Определить частоту хламидоносительства у лиц с ИППП и женщин репродуктивного возраста с гинекологическими заболеваниями.

3. Оценка распространенность хламидий у стационарных больных с заболеваниями органов дыхания и артропатиями.

4. Установить частоту гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза.

5. Разработать алгоритм лабораторной диагностики ХИ и предложить эпидемиологические обоснованные мероприятия по снижению заболеваемости хламидиозом.

#### **Научная новизна работы.**

1. Впервые выявлена этиологическая взаимосвязь хламидий с большой группой заболеваний с неуточненной этиологией, обозначенных в МКБ десятого пересмотра шифром - М 02.8 (другие реактивные артропатии) и шифром М 02.9 - реактивная артропатия неуточненная.

2. Потребность населения в исследованиях на хламидии, определяется частотой ИППП и гинекологических заболеваний у женщин детородного возраста, наличием болезней органов дыхания и частотой артропатий. В целом учетом этих заболеваний ежегодная потребность в лабораторных анализах на хламидии составляет 51,5 тыс.

3. Установлена тенденция роста удельного веса Болезни Рейтера среди больных реактивными артропатиями, с 0,18% до 1,34%.

4. На основе клинико-эпидемиологических, морфологических и серологических исследований получены данные о роли урогенитального хламидиоза в развитии гематогенной диссеминации, а также клинический эффект при лечении больных с респираторной патологией на фоне хламидийной инфекции у 68,3%.

5. В Ошской области использована методика определения иммуноглобулинов IgM, IgA, IgG хламидийной инфекции для подтверждения четырех фаз заболевания: острая, хроническая, реинфекция, остаточная серология способствуют улучшению эпидемиологического надзора за ХИ.

#### **Практическая значимость полученных результатов**

1. Определены факторы, способствующие развитию ХИ, и формированию группы риска, что позволяет планировать тактику превентивных мероприятий.

2. Разработаны направления и меры по снижению числа хронических рецидивирующих заболеваний хламидийной этиологии, на организационном, диагностическом и лечебном уровнях, с учетом современных социальных требований и организационно-правовых возможностей здравоохранения.

3. Проведен анализ эффективности медикаментозной терапии, с учетом тяжести течения, возраста больного, длительности заболевания и содержания IgG, до и после лечения, в группе больных с хроническим пневмохламидозом.

4. Результаты исследований могут быть использованы в системе эпидемиологического надзора за хламидийными инфекциями.

5. Внедрение в практику здравоохранения разработанного алгоритма лабораторного исследования по выявлению ХИ среди лиц с сопутствующими хроническими болезнями, позволит свести к минимуму ложноотрицательные лабораторные результаты.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Впервые дана эпидемиологическая характеристика хламидиозов в Ошской области: частота встречаемости, её динамика за последнее 10-летие, прямая связь с болезнями органов дыхания, опорно-двигательного аппарата и урогенитальной системы, неблагоприятное влияния ХИ на тяжесть этих заболеваний, снижены эффективности их лечения и трудности благоприятного прогноза.

2. Показано, что недостаточная эффективность профилактики и лечения хламидиозов и связанных с ними заболеваемости обусловлены снижением доступности населения к медицинским услугам и лекарствам, а также неполным лабораторным обследованием больных ХИ до лечения, в его процессе и после него.

3. Установлена частота и причины гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза, его распространённость в районах Ошской области, гендерная и возрастная динамики ХИ, иммунологические признаки неполнота лабораторной диагностики и недостаточная эффективность профилактики, диагностики и лечения ХИ.

4. Разработаны и предложены рекомендации по эпидемиологической оценке, диагностике и улучшению профилактики и лечения ХИ.

5. Разработаны и рекомендованы правила эпиднадзора за ХИ, их профилактики и лечение и лабораторного контроля.

**Личный вклад соискателя** Сбор первичного материала, построение аналитических таблиц, анализ и статистическая обработка материалов, обеспечение организации лабораторных исследований, подготовка материалов к публикации-

ям, оформление диссертации в соответствии с требованиями ВАК КР, заключение, выводы и практические рекомендации сформулированы лично соискателем.

**Апробация результатов диссертации.** Основные результаты исследования доложены и обсуждены на научно-практических конференциях, в том числе: межкафедральном совещании КГМА (Бишкек, 2007); на межкафедральном совещании ОшГУ, МФ Ош (Ош, 2009); научно-практической конференции «Опыт и перспективы развития медицинского образования в странах Центральной Азии» 26-27 апреля (Караганда, 2012); апробация проведена 17 октября на межкафедральном Совете медицинского факультета Ошского Государственного Университета. На базе КГМА им. И.К. Ахунбаева проведено дополнительное обсуждение работы (Бишкек, 2012).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ. В том числе методическая рекомендация и учебно-методическое пособие.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 119 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Указатель литературы включает 155 работы, в том числе 58 работы из дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 11 рисунками, 28 таблицами.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Глава 1. Роль хламидийной инфекции в этиологии наиболее распространенных болезней и возможности лабораторной диагностики.** В данной главе приводятся сведения по этиологии, эпидемиологическим особенностям хламидийных инфекции (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydoiphila psittaci*, *Chlamydoiphila pneumoniae*), а так же лабораторной диагностики ХИ, эпидемиологического надзора и профилактики. Проведенный обзор литературы свидетельствует об актуальности проблемы для здравоохранения из-за широкого распространения и негативного влияния хламидиозов на уровень здоровья и воспроизводство населения.

**Глава 2. Материалы и методы.** Объектом исследования послужили больные в лечебно - профилактических учреждениях г.Ош и Ошской области. Исследование охватывает 10-летний период (2001-2010гг.).

Материалом для эпидемиологического исследования служили данные официальной регистрации случаев хламидийной инфекции Республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (РМИЦ МЗ КР) в Ошской области, учетно-отчетные материалы Ошской межобластной клинической объединенной больницы, Ошского областного кожно-венерологического диспансера и ЦСМ (отчетная форма №34здрав); отчетная форма №9; отчетная форма №089/у).

При проведении работы применялись ретроспективные и проспективные методы исследования. Использовались эпидемиологический, литературно-исторический, статистический и социологические методы.

Для выявления хламидий в работе использовались два метода: морфологический (цитологический) и иммуноферментный (ИФА). Для выявления видоспецифических антител класса G к *Chlamydia trachomatis* применяли соответствующий ИФА тест производства "Вектор-Бест", РФ. Исследуемая сыворотка расценивалась как положительная, если соответствующее ей значение ОП превышало критический уровень ОП, который вычисляют по формуле: ОП крит. = ОП (К-) + 0,2. Где ОП (К-) - среднее значение ОП с отрицательной контрольной сывороткой. Идентификация диагнозов основывались на МКБ-Х пересмотра (1999).

Статистическая обработка материалов исследования проводилась методами вариационной статистики и корреляционного анализа с вычислением средней арифметической (M), среднеквадратического отклонения ( $\sigma$ ), средней ошибки (m), коэффициента достоверности Стьюдента (t), показателя вероятности (p) и коэффициента корреляции.

Данные о численности населения по полу и возрасту проанализированы из материалов РМИЦ, а также из отчетов по приписному населению ЦСМ г.Ош и Ошской области.

**Глава 3. Структура и распространенность ХИ среди населения Ошской области.** В общей структуре заболеваемости ИППП в Ошской области составляют 65,8%, в том числе трихомониаз - 38,4%, хламидиоз - 20,0%, гарднереллез - 24,7%, уrogenитальный кандидоз - 10,6% и аногенитальный герпес (6,3%). Заболеваемость хламидиозом по данным официальной статистики за последние годы имеет тенденцию к росту. Гендерное распределение заболеваемости хламидиозом характеризуется тенденцией роста уровня заболеваемости среди женщин в 2004г. - 124,6 и 2010г. - 161,0 на 100 тыс., у мужчин этот показатель так же растет и составляет 2005 г. - 39,4 и 2010 г. - 53,4 на 100 тыс.

В Ошской области лабораторная диагностика ХИ проводится в бактериологических лабораториях территориальных больниц, ОМОКБ и частными лабораторными центрами. Низкий уровень лабораторной диагностики ХИ в Ошской области, обусловленный организационными, техническими и профессиональными недочетами, не позволяет в должной мере осуществлять раннее выявление и качественное лечение ХИ. Эпидемиологический анализ показал, что в сложившейся ситуации для обеспечения в Ошской области высококвалифицированной лабораторной диагностики ХИ целесообразно обеспечить во всех уровнях медицинских организаций высококвалифицированного лабораторного обследования методами ИФА, ПЦР. Эти исследования для подтверждения клинического диагноза необходимо проводить во всех ЦСМ и женских консультациях.

Показано, что большинство пациентов обращались впервые (97,9%). Лица по направлению специалистов разного профиля составили 16,3%, по самообра-

щению 83,7%. Поводом к обращению в 67,4% послужили клинические проявления и в 32,7% в порядке заботы о своем здоровье (табл.1).

Таблица 1 – Степень совпадения положительных результатов ИФА с клинико-анамнестическими данными обследованных людей с подозрением на ХИ

Основной параметр	Абс. число	(% )	Совпадение по количеству позитивных ответов (%) с ИФА	
			IgG	IgM
Самообращение:	399	83,7	22,5	18,5
первично	391	97,9		
повторно	8	2,1		
По направлению специалиста	78	16,3	0	100
Причина обращения:	269	67,4	18,4	18,4
	клинических проявлений;	130		
профилактическое обращение	195	40,8	11,59*/87,35**	5,85*/12,64**
Клинико-лабораторный диагноз				

Примечание - \* – количество позитивных ответов от общего количества обследованных, \*\* – количество позитивных ответов от количества пациентов с окончательным диагнозом.

Для выявления ХИ в работе использовались два метода: морфологический (цитологический) и иммуноферментный (ИФА). Исследование одного и того же больного проводилось трижды, с интервалом в 20-24 часа.

При первом исследовании микроскопический метод был наиболее результативным и относительно ИФА составлял 20%. На третий день результативность микроскопического метода сократилась до 3-х из 30 проб, а относительно ИФА положительные результаты составили 6,0%. ИФА метод во всех случаях клинически установленного УГХ был положительным и оставался положительным по прошествии 3-х суток.

Таблица 2 - Титр выявляемых антител ХИ ИФА-методом

Год наблюдения	Титр при положительном выявлении						Всего
	1:10	1:20	1:40	1:80	1:160	1:320	
2008		90	26	12	24	7	159
2009	1	63	56	15	19	8	162
2010		60	27	18	37	14	156
Всего	1	213	109	45	80	29	477
%	0,2	44,6	22,8	9,4	16,7	6,0	100,0

Из таблицы 2 видно, что анализ 477 ИФА исследований, проведенных в разные годы показал, что ИФА методом хламидийный антиген выявляется в титре от 1:10 до 1:320. Титр 1:10 встречается редко (0,2%), поэтому пробы с та-

ким титром нами отнесены в группу сомнительных и при заключении расценивались отрицательными. Наиболее часто выявляется титр 1:20, такой титр отмечен у 44,6% обследуемых.

Для оценки распространения ХИ среди здоровых лиц были привлечены студенты Ошского Государственного университета в возрасте 19-25 лет, у которых забирался исследуемый материал и обследованы на ХИ. Положительный иммунологический тест выявлен у 2 человек (4%). Выявляемость отмечена среди лиц мужского и женского пола. Антитела на ХИ выявлялись в титре 1:20 - 1:60. Из анамнеза выяснилось, что эти студенты по поводу ИППП в прошлом лечились анонимно. Частота выявления ХИ в группе практически здоровых лиц минимальна - не превышает 4%.

По данным официальной статистики за период с 2006 по 2010 гг. зарегистрировано 8052 случаев ИППП. В их структуре первое место занимает гарднереллез (32,8%), на втором месте - трихомониаз (23,9%), на третьем - урогенитальный кандидоз - 21,3%, затем следуют хламидиоз (8,4%), сифилис (7,8%), урогенитальный герпес - 3,0% и гонорея - 2,8%. Частота данного заболевания (ХИ) колеблется в пределах 13,0 случаев на 100 тыс. нас. Однако обследование 197 пациентов с различными заболеваниями, передаваемыми половым путем (ИППП) показало, что в 22,8% ХИ встречаются в качестве сопутствующего заболевания. Причем уровень выявляемости ХИ определяется характером ИППП. Так, при гарднереллезе ХИ выявляются в 37,5%, при трихомониазе - в 25,0%, сифилисе - 12,5%, гонорее - 16,7%. Однако официальной статистикой микст инфекции не учитываются. С учетом этого удельный вес ХИ в структуре ИППП составляет не 8,1%, а 31,0% или 47,9 на 100 тыс. населения. ХИ в качестве микстинфекций при ИППП преимущественно выявляются в возрастной группе 25-29 лет - 56,2%. В структуре микстинфекций преобладают мужчины, доля которых составляет 62,5%, женщины - 37,5%.

Таким образом, ХИ как самостоятельное заболевание встречается относительно редко, в пределах 8,1 % из числа больных ИППП, тогда как сочетание ХИ с другими ИППП наблюдалось у 31% пациентов.

По поводу болезней женских половых органов в среднем ежегодно обращается 57,0 тыс. женщин фертильного возраста (ЖФВ), из них 29,6 тыс. (50,7%) с диагнозом установленным впервые. В структуре болезней репродуктивных органов первое место занимали заболевания воспалительного характера (33,5%), а среди них воспаление придатков матки (19,5%), затем эрозии и эктропионы шейки матки (16,8%) заболеваемость которыми составляет 278,1 случая на 100 тыс. ЖФВ. Относительно часто регистрируются нарушения менструального цикла - 14,3% или 236,6 случая на 100 тыс. ЖФВ. Недостатком учета официальной статистики является то, что она не позволяет оценить этиологическую структуру воспалительных заболеваний, доля которых составляет 33,5%. Анализ амбулаторных карт показал, что только 19,8% женщин с воспалительными заболеваниями обследуются на ХИ.

Для получения более достоверной информации о распространенности ХИ среди гинекологических больных нами обследовано 300 женщин, обратившихся в женскую консультацию. Из этого числа ХИ выявлены у 95 (31,7%) женщин. У 41,8% женщин этиологическим фактором воспаления придатков матки (сальпингит, оофорит) являются ХИ. Достаточно высокий процент ХИ и при женском бесплодии (35,9%), эрозиях и эктропионах шейки матки (35,0%). При других нозологиях (миома матки, нарушения менструального цикла, период менопаузы) выявляемость ХИ снижается до 6,3-12,5%. Заболеваемость острым и хроническим циститом, по данным ретроспективного анализа, составила 38,7 на 100 тыс. населения, в 8,2% этиологическим фактором являлся ХИ.

Из полученных данных следует, что ХИ, в группе женщин обратившиеся в женские консультации имеет высокую степень распространенности и нередко является этиологической причиной женского бесплодия. При повторном обследовании женщин с диагнозом «Женское бесплодие» выявило повышение ХИ с 39,5 до 48,4%. Обычно титр антител в этих случаях бывает невысоким (1:40 - 1:80) за счет IgG.

За период с 2001 по 2010 гг. в ОМОКБ госпитализировано 7054 пациентов с болезнями органов дыхания (БОД), из них обследовано на ХИ 4910 (69,6%) больных (рис.1).

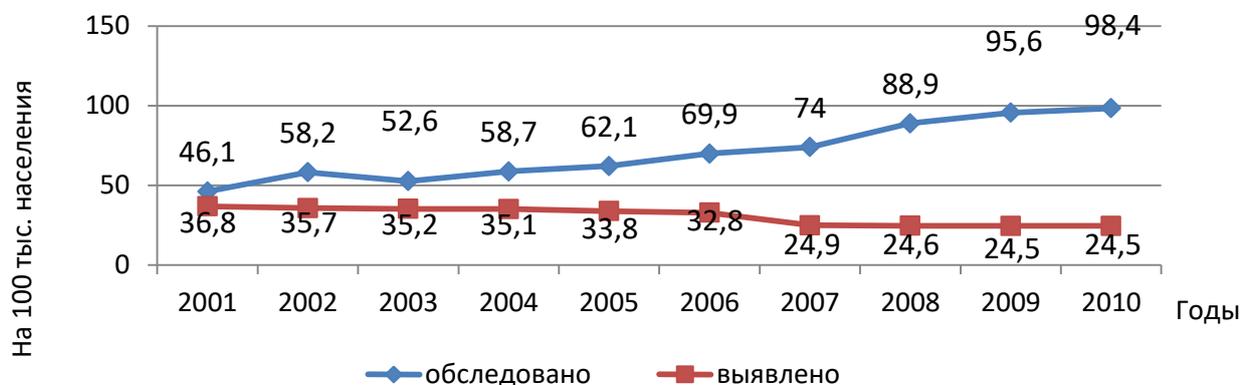


Рис. 1. Частота обследования и выявляемости ХИ у стационарных больных с заболеваниями органов дыхания

За 10 лет число больных обследованных на ХИ увеличилось с 46,1% (2001г.) до 98,4% (2010г.). Из числа обследованных больных ХИ выявлены у 1451 (29,6%) пациента. Если в 2001г. выявляемость ХИ составлял 36,9%, то в последние два года - 24,5%, несмотря на то, что процент обследованных повысился.

Таким образом, у стационарных больных с БОД ХИ выявляется относительно часто: у 1/3 больных. Удельный вес БОД госпитализированных взрослых больных в ОМОКБ за период с 2001 по 2010 гг. занимает первое место: хронические бронхиты - 47,2%, вторые острые пневмонии - 18,4%, бронхиальная астма - 17,3% и другие - 11,5%. Доля обследованных на ХИ в группе взрос-

лых в среднем составляет 69,6%. В зависимости от вида нозологии уровень обследования колеблется от 60,4% (БА), до 78,2% (БЭБ).

Выявляемость антител у взрослых колеблется в пределах 29,6%, причем в группе женщин они выявляются почти в два раза чаще, чем у мужчин. Специфические хламидийные антитела (IgG) у больных хроническими БОД регистрировались у 83,6% и типа IgM - у 16,4%. Как у мужчин, так и женщин преимущественно выявляются антитела типа IgG. Антитела типа IgA, как правило, выявляются в сочетании с IgM. Число антител к ХИ заметно повышается у больных с БЭБ (37,6%), у больных - с ХБ - 36,2%. Наиболее низкое число специфических антител на ХИ отмечена в группе больных с острой пневмонией (22,2%), однако в группе больных пневмонией чаще регистрируются антитела типа IgM и IgA (табл.3).

Таблица 3 - Выявляемость антител ХИ у взрослых больных БОД

Группы обследованных	Всего обследовано	Из них выявлены антитела на ХИ		в том числе антитела типа					
				IgM		IgG		IgA	
		число	%	число	%	число	%	число	%
Взрослые	3044	353	11,6	18	5,1	323	91,5	12	3,4
в т.ч. женщины	2325	302	13,0	17	5,6	271	87,7	14	4,6
мужчины	719	51	7,1	1	2	48	94,1	2	3,9

Таким образом, антитела на ХИ преимущественно регистрируются у больных хроническими БОД, в острых случаях высок процент антител типа IgM, т.е. начальные формы иммунного ответа на инвазию ХИ. Наличие в сыворотке крови больных антител типа IgG указывает на длительно текущий хронический процесс с выраженными патанатомическими изменениями и трудно поддающийся излечению.

В структуре общей заболеваемости БОД у детей составляют 48,1%. В их числе доминируют больные хроническим бронхитом (48,4%), затем следует острая пневмония (18,2%) и бронхиальная астма (16,2%). Обследовано 1079 детей с заболеваниями дыхательных путей за 2002-2010гг.; из них антитела к ХИ выявлены у 29,5%. Антитела по нозологиям обнаружены в 12,3% при остром бронхите, и до 43,5% при острой пневмонии, тогда как у практически здоровых детей антитела к ХИ присутствуют у 5,9%, в том числе у детей до года - в 5,7% и старше года - 7,5%. В группе здоровых и больных детей выявляется преимущественно IgM (59- 66%).

Высокий уровень (83,3%) специфических хламидийных антитела типа IgG указывает на то, что лицам с хроническими БОД полного обследования не проводится. Рекомендуемые схемы лечения ХИ обладают определенным клиническим эффектом, однако излечение в 3,9-13,7% случаев не наступает. ХИ являются наиболее частыми этиологическими агентами респираторных заболеваний

у взрослых и детей (респираторный хламидиоз), зачастую переходящий в персистирующую хроническую форму. У больных пульмонологического отделения Ошской клинической больницы ХИ инфицирование выявлено у 1451 (29,6%) больных.

При первичном инфицировании в крови сначала появляются антитела класса IgM, затем - IgG и в последнюю очередь - IgA. При повторном проникновении возбудителя происходит быстрое нарастание титра антител классов IgG и IgA и почти при полном отсутствии антител класса IgM. Эффективность лечения БОД, вызванных хламидиями, во многом зависит от своевременно установленного диагноза.

За период с 2001 по 2010 гг. в отделение ревматологии ОМОКБ было госпитализировано 8745 человек с заболеваниями суставов. В их числе первое место занимают ревматоидные артриты (РА) - 65%, второе - реактивные артропатии (РеА) - 28,8%, другие постинфекционные артропарозы - 5,8% и системные заболевания соединительной ткани - 0,33%. Интенсивные показатели заболеваемости также указывают на преобладание этих форм в общем числе больных артритами. Частота РА составляет 2,7 и РеА 1,2 на 100 тыс. населения (табл. 4).

Таблица 4. - Частота и структура РА в ОМОКБ за период с 2001 по 2010 гг.

Клинические формы артропатий	Всего больных	Удельный вес	Заболеваемость на 100 тыс. нас.	
			Р	± м
Ревматоидный артрит (РА)	5675	64,9	2,7	0,21
Реактивные артропатии (РеА)	2518	28,8	1,2	0,2
Другие постинфекционные артропарозы	516	5,9	0,24	0,14
Системные заболевания соединительной ткани	36	0,4	0,01	0,064
Всего больных	8745	100	4,1	0,016

За период с 2001 по 2010 гг. на ХИ обследовано 1487 стационарных больных с артропатиями. Число больных обследованных на ХИ увеличилось с 12% (2001 г.) до 22,3% (2010 г.). За период наблюдения артриты хламидной этиологии установлены у 356 больных, что составило 23,9%. По интенсивным показателям прослеживается легкая тенденция роста (РА). Если в 2001 г., заболеваемость РА составляла в Ошской области 61,0 случай на 100 тыс. населения, то в 2009г. - 73,4 на 100 тыс. населения. У больных РА относительно часто (23,9%) выявляются антитела к ХИ. Пик заболеваемости хламидиозом пришелся на 2010 год и составил 32,4 случаев на 100 обследованных (рис. 2).

Заболеваемость РА с носительством ХИ увеличилась почти в три раз. Все случаи РА с признаками ХИ подтверждены наличием ревматоидного фактора, тогда как у больных с РеА ревматоидный фактор отсутствует.

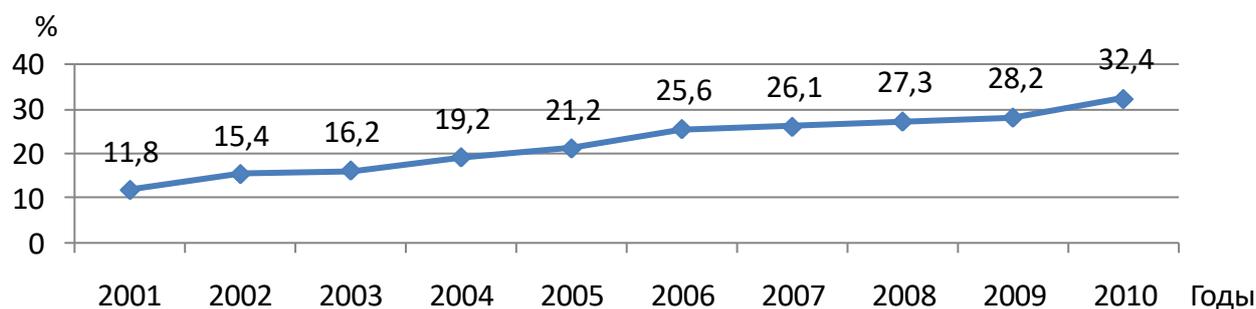


Рис. 2. Динамика ревматоидных артритов хламидийной этиологии

Реактивные артропатии (РеА) - воспалительное поражение суставов, развивающееся после некоторых инфекций (мочеполовой, кишечной, носоглоточной). На сегодняшний день этиологию РеА принято ассоциировать с хламидийной (*Chlamydia trachomatis*) урогенитальной инфекцией. В случае инфекций нижних половых путей, таких как уретрит или цервицит объективные признаки РеА присутствуют в 0,8-4%. На один случай мочевого РеА приходится 2,5 случая кишечного РеА, этиологическим фактором которого являются: *Shigella flexneri* Ib и Ia, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella Heidelberg*, *Salmonella choleraesuis*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Yersinia enterocolitica*. Частота заболеваемости РеА урогенитального генеза с каждым годом повышается. По сравнению с 2001г. заболеваемость в 2010г. увеличилась в 1,9 раза.

В отделение ревматологии ОМОКБ за период с 1 ноября 2009 по 30 января 2010 гг. по поводу урогенитальной РеА госпитализировано 100 человек, из них с ассиметричным РеА - 5%, моно - или олигоартритом - 85%, с поражением нижних конечностей - 10%. При ассиметричном полиартрите преимущественно поражаются суставы нижних конечностей - 78,0%, реже локтевые - 12% и лучезапястные - 10,0%. Чаще болеют сельхозработники, нежели безработные (17,0%) и служащие (27,0%).

Таблица 5 - Распределения больных артритом в зависимости от пола

Группа	Группы обследования					
	Больные РеА с наличием ХИ		Больные РеА, которым обследование проводилось, но ХИ не выявлена		Популяция (перепись нас. 2009 г.)	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис. (тыс.)	%
Мужчины	307	86,2	791	53,2	547,7	49,6
Женщины	49	13,8	696	46,8	556,6	50,4
Всего	356	100,0	1487	100,0	1104,2	100,0

Влияние пола на поражаемость суставов показано в таблице 5, из которой следует, что в группе больных с артритом удельный вес мужчин (86,2%) пре-

вышает удельный вес женщин (13,8%) в 6,2 раза, тогда как в контрольной группе в 1,1 раза, но в переписи населения 2009г., число женщин практически соответствует численности мужчин: 49,6% и 50,4%.

Гендерные различия проявляются и по отдельным нозологическим формам артритов (рис 3).

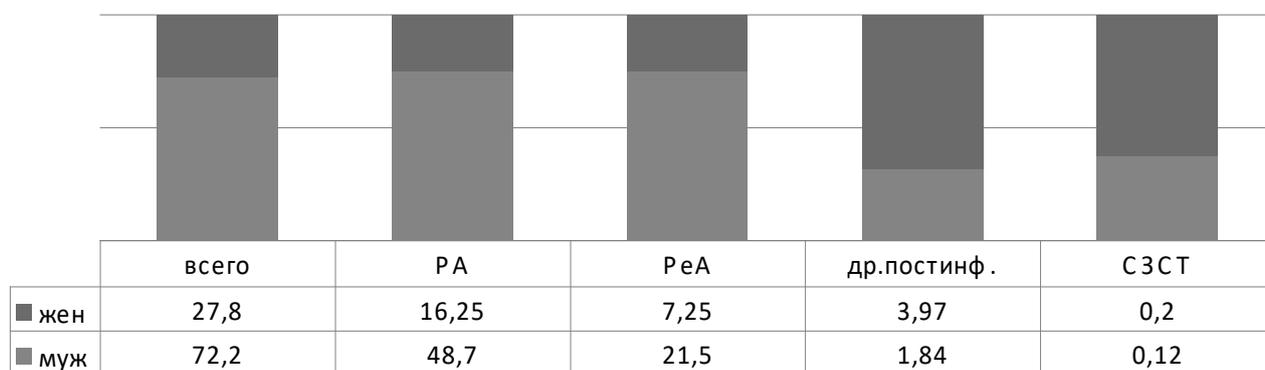


Рис. 3. Заболеваемости РеА в зависимости от пола

Более уязвимы лица мужского пола. В группе лиц мужского пола выявляемость ХИ составляет 38,8 на 100 обследованных, тогда как в группе женщин 7,0 на 100 обследованных. Степень достоверности различий заболеваемости по полу высокая ( $P < 0,001$ ).

В группе больных РеА с наличием ХИ возрастная структура отличается от таковой в популяции. Удельный вес заболеваемости детей (от нуля до 14 лет) в 10 раз ниже, чем в популяции. В данной возрастной группе самый низкий показатель выявляемости на 100 обследуемых - 2,1%. Так, в возрастной группе «15-29» выявляемость составляет 6,7%, в возрастной группе «40-49 лет» 24,3%. Пик выявляемости приходится на возраст 60 лет и старше (38,2%). В среднем выявляемость ХИ у больных РеА составляет 19,3%. Средний возраст больных хламидиозным артритом составляет 35,8 года, при  $\sigma = \pm 7,6$  лет. Продолжительность болезни от нуля до года отмечена у 20,8% госпитализированных больных, от 1 до 4-х - у 21,9%, от 5 до 9 лет - у 28,1%, от 10 до 14 лет - у 16,7% и более 15 лет - у 12,5%.

Установлена сравнительно быстрая прогрессия РеА. Развитием необратимых изменений у некоторых больных наблюдалось уже после 5 лет от начала заболевания. Из 58 больных со стажем заболевания более 5 лет у 44 (75,9%) установлены необратимые изменения. На первом году заболевания антитела к ХИ типа IgM выявлены у 40,%, IgG - у 55,0% и IgA - у 5,0%. В последующие сроки выявляемость антител типа IgM резко сокращается, а выявляемость антител типа IgG повышается. Данная структура антител к ХИ указывает на то, что большинство больных с РеА госпитализируется с наличием персистирующих форм ХИ, излечение которых на данном этапе весьма сомнительно.

Среди РеА урогенитального генеза особого внимания заслуживает «Болезнь Рейтера», для которой характерна триада, состоящая из уретрита, артрита

и конъюнктивита, с возможными поражениями кожи и слизистых, такими как бленноррагическая кератодерма, кольцевидный баланит, вульвит, увеит, изъязвления в полости рта, а также кардиологические или неврологические симптомы. В последнее время все чаще встречаются случаи реактивного артрита, обусловленного хламидийной инфекцией.

В ОМОКБ ежегодно госпитализируется от 1 до 8 случаев болезни Рейтера (БР). За период с 2004 по 2009 гг. диагноз «Болезнь Рейтера» выставлен 17 пациентам, из которых 8 приходится на последние два года.

Удельный вес БР из общего числа больных РеА составлял в разные годы от 0,18% до 1,34%. Так, если в 2001 году больные БР к числу заболевших впервые составляли 0,18%, то в 2009 г. - 0,8%, а в 2010 - 1,34%, тогда как средний уровень составлял 0,4%. Соотношение мужчин и женщин 8:1, средний возраст больных с болезнью БР 32±3 года. У женщин наряду с поражением суставов и окружающих сустав тканей, наблюдается остеопороз, что принято связывать с гормональными нарушениями.

**Глава 4. Частота и причины гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза.** По данным официальной статистики распространенность в Ошской области урогенитального хламидиоза (УГХ) в абсолютных числах колеблется от 965 (2004 г) до 1158 (2010 г.). Увеличение связано с ростом численности населения. Показатель УГХ на 100 тыс. нас. в последние годы практически не меняется и составляет в среднем 91,6 случая на 100 тыс. нас.

Таблица 6 - Частота и динамика гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза (УГХ) в Ошской области

Годы наблюдения	УГХ по данным статистики		Частота диссеминации УГХ			В том числе			
	абс. число	на 100 тыс. нас.	абс. число	%к УГХ*	на 100 тыс.нас.	респираторный		суставной (ревматоидный)	
						абс. число	на 100 тыс. нас.	абс. число	на 100 тыс. нас.
2004	965	61,2	366	37,9	35,7	245	23,9	121	11,8
2005	827	71,1	396	47,9	38,0	240	23,0	156	15,0
2006	925	89,9	480	51,9	45,4	235	22,2	245	23,2
2007	892	87,7	428	48,0	40,0	185	17,3	243	22,7
2008	986	87,9	437	44,3	40,4	180	16,6	257	23,8
2009	1055	90,6	452	42,8	40,7	166	15,0	286	25,8
2010	1158	81,2	466	40,2	41,0	165	14,5	301	26,5
Всего	6135		3025			1416		1609	
Усред.	876	63,9	432	44,4	40,2	202	18,8	230	21,4

Примечание - УГХ\* - урогенитальный хламидиоз

Из табл. 6. видно, что гематогенная диссеминация УГХ в среднем отмечена у 44,4% больных, что составляет 40,2 случаев на 100 тыс. нас.

Удельный вес диссеминации повысился с 37,9% (2004г.) до 40,2% (2010г.), а в расчете на 100 тыс. нас. соответственно: 35,7 и 41,0 ‰.

Диссеминация УГХ в органы дыхания отмечена в 23,9% и суставы - в 26,5%. Распространенность респираторного хламидиоза составляет 18,8 на 100 тыс. нас., ревматоидного - 21,4 ‰.

Самый высокий уровень заболеваемости УГХ по регионам Ошской области отмечен в Алайском районе - 68,6 на 100 тыс. нас., тогда как в достаточно многолюдном Кара-Суйском районе - 7,8 на 100 тыс. нас. Хотя, уровень УГХ в Кара-Суйском районе низкий (7,5‰), а интенсивность гематогенного диссеминирования хламидиоза высокая - 53,3%. Если учесть, что интенсивность процесса диссеминации УГХ определяется нозологической формой болезни, то неравномерность распространения соматического хламидиоза определяется частотой и структурой общей заболеваемости.

Таким образом, в районах Ошской области прослеживается высокий уровень соматического хламидиоза, что указывает на позднее выявление УГХ и его неадекватное лечение. У 92,1% больных соматическим хламидиозом выявляются антитела типа IgG, что свидетельствуют о сохранении персистенции ХИ.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что развитию хронических болезней легких предшествует УГХ. В последнее время все чаще встречается болезнь Рейтера без наличия известной триады: артрит, уретрит, конъюнктивит. Преимущественно поражаются верхние конечности.

Принято считать, что интервал между появлением симптомов артрита и предшествующей инфекцией варьирует от 1 до 12 нед. Минимальный период между началом РеА и предшествующим инфицированием *C. trachomatis* укладывается в 1-7 дней.

Наши исследования показали, что хламидии на месте первичного внедрения (цервикальный канал и уретра) цитологическим методом через сутки не выявляются, а антитела типа IgM появляются на 3 сутки. От общего количества обследованных (4172 пациента) специфические антитела на хламидий регистрировались у 83,6% типа IgG и 16,4% типа IgM (табл. 7).

Таблица 7 - Классы Ig у больных ХИ в Ошской области (2008-2010 гг.)

Группы обследованных	2008-2010 гг.				Выделен иммуноглобулин			
	обследованы		выявлены (ХИ)		IgM		IgG	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	719	17,2	54	7,5	0	0	54	100
Женщины	2325	55,7	305	13,1	6	1,9	299	98,0
Дети старше 1 года	93	2,2	39	41,9	18	46,2	11	53,8
Дети до 1 года	1035	24,8	79	7,6	54	68,4	25	31,6
Всего	4172	100	477	11,4	78	16,4	399	83,6

У женщин антитела к IgM выявляются в два раза чаще (1,9%), чем у мужчин (0%). У взрослых, обоих полов, выявляются исключительно иммуноглобулины типа IgG, тогда как у детей чаще выявляются IgM (46,2 - 68,4%). Содержание и структура иммуноглобулинов (IgM, IgA, IgG) в крови больных позволяет определить четыре фазы заболевания: острую, хроническую, реинфекцию, остаточную серологию. Наличие IgM типично для острого процесса, наличие IgG - для хронического процесса, наличие IgG в сочетании с IgA - на реинфекцию, низкий титр IgG на остаточную серологию характерен после лечения.

В Кыргызстане в ходе реформирования системы здравоохранения было сокращено до 2-х диспансеров - РКВД (70 коек) а в Ошской областной кожвендиспансер - (110 коек). Общий специализированный коечный фонд сократился с 1195 (1990 г.) до 501 койки (2003 г.). Численность врачей этого профиля за этот же период была сокращена с 250 до 136 человек. Такое преобразование венерологической службы сыграло не последнюю роль в эпидемическом подъеме ИППП, в том числе и ХИ.

Среди больных диссеминированным УГХ преимущество составляют сельские жители, в частности, рабочие сельского хозяйства (51%), служащие - 32% и безработные -17%. Более высокий процент сельских жителей указывает на физическую и экономическую недоступность медицинской помощи, по этой причине они не проводятся необходимые анализы и не получают адекватное лечение. Анкетирование пациентов с диссеминированным, хламидиозом показало, что эти больные чаще курят (62% против 32% в контрольной группе), чаще употребляют спиртные напитки (69% против 21% в контрольной группе).

При обследовании наиболее часто: не собирается половой анамнез, не описывается подробно местный статус, не проводится обследование на сопутствующие ИППП (72%), отсутствует бактериологическое подтверждение (76%), забор материала ограничивается уретрой и цервикальным каналом, при подозрении на наличие хронического воспалительного процесса провокация не проводится. Успех терапии во многом зависит от своевременно установленного диагноза. Чтобы выбрать правильную стартовую терапию антибиотиками, врачу приходится использовать свое клиническое мышление, о характере течения ХОБЛ, вызванной хламидиями, а так же ориентироваться на полноту собранного анамнеза. Не осуществляется контроль за качеством лечения больных ХИ. При окончании лечения не устанавливается критерий излеченности, который следует проводить не ранее чем через месяц, так как в течение этого периода еще сохраняется специфический антиген типа IgG.

Проявление гематогенной диссеминации повышается с возрастом. Пик приходится на возраст 60 лет и старше.

Во всех возрастных группах диссеминированного УГХ преобладают лица женского пола, доля которых составляла в среднем 75,8%. По нашим данным связь диссеминации с полом является доказанной.

Для всех артропатий характерен половой диморфизм. Бессимптомная инфекция в группе женщин отмечена в 80% случаев. У мужчин часто встречаются конъюнктивит, увеит, уретрит, баланит или баланопостит, простатит, эпидидимит/орхит при сексуальной активности, проктит. В целом в настоящее время среди наиболее распространенные осложнения (эпидидимиты и сальпингиты) выявляется не более 1 - 3% у мужчин и 15% у женщин.

Таким образом, факторы, способствующие диссеминации урогенитального хламидиоза можно объединить в следующие группы:

1. *Социальные факторы*: низкий уровень жизни, увеличение числа разводов, организация медицинских обслуживания, международный туризм, безработица и бедность.

2. *Биологические факторы*: хламидийная инфекция среди молодых женщин встречается в 5 раз чаще, чем у мужчин этой же возрастной группы, (молодые люди в возрасте 15-30 лет), снижение возраста полового созревания, увеличение молодых вступления в брак.

3. *Поведенческие факторы*: алкоголизм, наркомания, раннее начало половой жизни, количество половых партнеров, нетрадиционные половые контакты.

Хотя для выявления хламидии трахоматис разработано довольно много диагностических тестов, в настоящее время не существует диагностического обследования пациентов с подозрением на хламидиоз и выбора методов лабораторного обследования.

Особого внимания в плане лабораторной диагностики заслуживают дети с пневмонией, бронхитом и назофарингитом с затяжным течением, мучительным, малопродуктивным кашлем (преимущественно утром и вечером), повышенным содержанием лейкоцитов и СОЭ, эозинофилией.

Среди взрослого населения подлежат обязательному лабораторному обследованию на ХИ, лица, у которых респираторные заболевания сопровождаются конъюнктивитом и урогенитальной симптоматикой.

На вопрос, как часто врачи наличие ХИ у пациентов подтверждают лабораторными исследованиями, из 253 опрошенных врачей 202 (79,8%) ответили, что в большинстве случаев пациенты отказываются от обследования. Акушер - гинекологи проводят обследование на ХИ в пределах 27,3%, урологи - 25,4%, педиатры - 7,8%, терапевты - 5,7%. Между тем известно, что лабораторные методы исследования играют важную роль в диагностике РеА, в определении активности воспалительного процесса, выявлении системности поражений, подборе лекарственных средств и оценке эффективности проводимой терапии.

Одним из правил эпиднадзора инфекционных заболеваний является *госпитализация больных с частичной их изоляцией*. Однако это правило не распространяется на больных УГХ. Из числа зарегистрированных больных с ХИ стационарное лечение получили 13,6% и амбулаторное лечение - 86,4%. Амбулаторное лечение вульвовагинитов хламидийной этиологии у девочек оказывает

кратковременный эффект, из-за специфической тактики лечения, что нередко может привести к развитию рецидивирующих и хронических форм.

По нашим данным из больницы выписано с выздоровлением 12,0%, улучшением - 84,1 и без перемен - 3,9%. При выписке в каждой группе из 10 человек определялись антитела к ХИ типа IgG в титре от 1:40 до 1:160, через месяц у всех больных определялись IgG. На этом основании можно утверждать, что лечение больных респираторным хламидиозом было не эффективным, персистирующие формы ХИ сохранились.

После лечения РеА хламидийной этиологии в 14,2% случаев наступало выздоровление, 80,1% - улучшение и в 5,7% лечение оказалось не эффективным. При выписке группы РеА (10 человек) определялись антитела к ХИ типа IgG в титре от 1:40 до 1:160. Через месяц у всех больных определялись IgG. На этом основании можно утверждать, что лечение больным ревматоидного хламидиоза было не эффективным, персистирующие формы ХИ сохранились. Необходимо отметить, что к лечению ХИ существуют определенные требования. Но установление критериев излеченности и лечение партнера не проводятся, что обусловлено незнанием и отсутствием условий.

Как показали исследования, схем лечения множество, но стандартных методов эффективного лечения персистирующих форм ХИ не существует. Численность заболеваний с каждым годом возрастает. Причиной этому является то, что врачи первичного звена переходят на синдромальный подход к лечению воспалительных заболеваний и на короткие схемы лечения, что являются не только причиной диссеминации УГХ, но и эпидемиологического неблагополучия.

Критериями излеченности служат: отрицательные бактериологические, серологические и клинические данные. Снижение титров специфических IgA и IgG в 2-3 раза, но это не об излечении хламидиоза. У 5,7% пациентов РеА, несмотря на проведение лечения, болезнь упорно прогрессирует и приводит к стойким нарушениям функций органов опорно-двигательного аппарата, так и других органов и систем.

Большинство больных ХИ не удовлетворены качеством диагностики и лечения - 45,8%, что согласуется с заключением экспертов. По заключению экспертов в 64% были допущены ошибки диагностического характера, в 26,9% лечебного и в 81,2% установления критерия излеченности.

Если лечение хламидиоза начать сразу, в острой его форме, лечение обычно не бывает сложным и заканчивается, как правило, в 95% полным излечением. Если хламидиоз перешел в хроническую форму, либо постоянно рецидивирует, то лечение этих форм достаточно сложное, так как: хламидии успевают выработать "иммунитет" к стандартным методам лечения, и требуются дополнительные временные и материальные затраты на разработку успешной методики лечения этих форм хламидиозов.

Одной из причин увеличения распространенности соматического хламидиоза является запоздалая их диагностика, позднее обращение больных к соот-

ветствующим специалистам и невозможность подтверждения диагноза лабораторными методами. При лечении больных ХИ допускаются отступления количественного и качественного набора антибактериальных препаратов, зачастую лечение заканчивается до получения результатов обследования. В результате у 5% больных происходит гематогенная диссеминация урогенитальным хламидиозом. Поэтому нами предлагается «Алгоритм диагностики хламидийной инфекции» и «Алгоритм определения излеченности пары от УГХИ» (приложения 1 и 2)

## ВЫВОДЫ

1. В Ошской области носителями и распространителями хламидийной инфекции являются больные ИППП, в их числе носители ХИ составляют - 31,0%, ЖФВ - 31,7%, лица с болезнями органов дыхания - 29,6% и артропатиями - 23,9%. Хламидии являются наиболее частыми этиологическими агентами респираторных заболеваний у взрослых и детей (респираторный хламидиоз), которые зачастую переходят в персистирующую хроническую форму и не поддаются лечению.

2. В Ошской области отмечен низкий уровень лабораторной диагностики ХИ, обусловленный организационными, техническими и профессиональными недочетами, что не позволяет в должной мере осуществлять раннее выявление и качественное лечение ХИ. Потребность населения в лабораторных исследованиях на хламидии, определяется частотой ИППП, уровнем гинекологических заболеваний у женщин детородного возраста, наличием болезней органов дыхания и частотой артропатий. С учетом этих заболеваний ежегодная потребность в лабораторных анализах на хламидии составляет 51,5 тыс.

3. У женщин репродуктивного возраста обратившихся в женскую консультацию хламидийная инфекция выявляется 73,69% в сочетании микст инфекцией (трихомоноз, вагиноз, кандидоз).

4. Распространенность ХИ среди больных БОД у взрослых в среднем пределах 29,6%, выявляемость антител на хламидий в группе БЭБ – 37,2%, ХБ - 35,4%, пневмонии – 22,2%. У детей распространенность ХИ БОД: ОП – 43,5%, БЭБ – 32,4; ХБ и БА соответственно 27,9% и 27,7%. При реактивных артропатиях, этиология которых считалась не установленной, хламидии выявлено у 19,3%. В группе больных РеА удельный вес мужчин (86,2%) превышает удельный вес женщин (13,8%) в 6,2 раза. В группе лиц мужского пола выявляемость ХИ составляет 38,8%, тогда как в группе женщин 7,0%.

5. Показатель урогенитального хламидиоза на 100 тыс. населения в последние годы практически не меняется и составляет в среднем 91,6 случая на 100 тыс. населения. Гематогенная диссеминация урогенитального хламидиоза в среднем отмечена у 44,4% больных, что составляет 40,0 случаев на 100 тыс. населения.

6. Анализ показал что, 45,8% больных не удовлетворены качеством медицинских услуг, что подтверждено данными анализа первичной документации.

У 64% обследованных были допущены ошибки диагностического характера, в 26,9% лечебного и 81,8; в установлении критериев излеченной случаев.

7. Получена схема лечебно-диагностического алгоритма включающего использование расширенного комплекса диагностических исследований и рационального применения лечебных технологий, на основе научного эпидемиологического анализа заболеваемости ХИ в Ошской области.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Эпидемиологическая ситуация требует обеспечения высококвалифицированной лабораторной диагностики хламидиоза на всех уровнях организации медицинского обследования.

2. Клинический диагноз хламидиоза должен подтверждаться своевременным лабораторными исследованиями во всех лечебных учреждениях (женских консультациях, ЦСМ и стационарах), что повысит эффективность лечения и снизит распространенность хламидийной инфекции.

3. Во всех случаях первичного урогенитального хламидиоза необходимо проводить мероприятия направленные на профилактику диссеминации процесса, что обеспечит снижение социальных, медицинских последствий и экономического ущерба от ХИ.

4. Регламентация шифров МКБ-10 для «*Реактивные артропатии*» отстает от запросов практики, поэтому в каждом конкретном случае должен быть отмечен этиологический фактор. Ввести в отчетную форму регистрации хламидий с большой группой заболеваний с неуточненной этиологией, обозначенных в МКБ десятого пересмотра шифром - М 02.8 (другие реактивные артропатии) и шифром М 02.9 - реактивная артропатия неуточненная. Статистический учет по предлагаемой схеме повысит достоверность оценки распространенности и значимости отдельных форм для определенных групп населения.

5. В каждом конкретном случае хламидиоза должна составляться индивидуальная схема лечения, которая должна учитывать характер хламидийной инфекции, чувствительность хламидий к антибиотикам (определяется на основании показателя посева на чувствительность к антибиотикам), наличие сопутствующих инфекций, тяжесть и длительность хламидиоза, его локализация - какие органы поразила инфекция.

6. Врачи первичного и вторичного звена не должны заниматься синдромальным подходом лечению воспалительных заболеваний, а при обследовании и лечении ХИ не допускать отступления и погрешности от клинического протокола, так же обязательном порядке установить критерии излеченности случаев ХИ.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Ажикулова В.С.** Методическая рекомендация по организации эпидемиологического надзора за ИППП: Методические рекомендации [Текст] / Б.Т. Орозбекова, В.С. Ажикулова, З.А. Киргизбаев. - Ош, 2009. – 32 с.
2. **Ажикулова В.С.** Возможности лабораторной диагностики хламидийной инфекции (литературный обзор) [Текст] / В.С. Ажикулова // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - № 8. – С.31-35.
3. **Ажикулова В.С.** Роль хламидийной инфекции в этиологии наиболее распространенных болезней (литературный обзор) [Текст] / В.С. Ажикулова // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - № 8. – С.35-41.
4. **Ажикулова В.С.** Причины частота гематогенной диссеминации урогенитального хламидиоза (на примере Ошской области Кыргызской Республики) [Текст] / Б.Т. Орозбекова, В.С. Ажикулова // Гигиена, эпидемиология и иммунология. - Алматы, 2012. - № 4. – С.37-39.
5. **Ажикулова В.С.** Распространённость хламидийной инфекции среди населения Ошской области по данным официальной статистики [Текст] / Б.Т. Орозбекова, В.С. Ажикулова // Гигиена, эпидемиология и иммунология - Алматы, 2012. - № 4. – С.40-42.
6. **Ажикулова В.С.** Эпидемиологические особенности хламидийной инфекции на современном этапе (на примере Ошской области Кыргызской Республики) [Текст] / Б.Т. Орозбекова, В.С. Ажикулова // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2012. - № 4. – С.103-105.
7. **Ажикулова В.С.** Роль хламидийной инфекции в этиологии наиболее распространенных болезней (сообщение второе) [Текст] / Б.Т. Орозбекова, В.С. Ажикулова // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2012. - №4. – С.111-114.
8. **Ажикулова В.С.** Эпидемиологические особенности хламидийной инфекции на современном этапе: Методические рекомендации [Текст] / В.С. Ажикулова, А. К. Дуйсенова, Б. А. Рамазанова, - Алматы, 2012. – 57 с.
9. **Ажикулова В.С.** Распространенность хламидийной инфекции в группе больных артропатиями [Текст] // Известия ВУЗов – Бишкек, 2012. - №6. – С.103-105.

**Ажикулова Венера Сатвалдиевнанын «Учурдагы хламидиялык инфекциялардын эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү (Ош областынын үлгүсүндө)» деген темада 14.02.02 – эпидемиология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына изденүү үчүн жазылган диссертациясынын кыскача**

### **КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** эпидемиология, хламидиялык инфекциялар, урогениталдык хламидоз, дем алуу органдарынын оорусу, реактивдүү артропатия, Рейтер оорусу, оорулар, таралуусу, лабораториялык изилдөөлөр, гематогендик диссеминациясы.

**Изилдөөнүн максаты:** Ош областында катталган хламидиялык инфекциялардын эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн эске алуу менен, биринчи жана экинчи алдын алуу иш чараларын, лабораториялык диагностикасын илимий негизде иштеп чыгуу.

**Изилдөөнүн объектиси:** калк жана Ош областындагы, Ош шаарындагы дарылоо-алдын алуу мекемелери. Изилдөө предмети: Жыныстык жол менен берилүүчү инфекциялык оорулар, хламидиялык инфекциялар, дем алуу органдарынын оорулары жана реактивдүү артропатиясы. Изилдөөлөр 10 жылдык мезгилди камтыйт (2001-2010жж.).

**Изилдөөнүн жыйынтыгы:** Ош областындагы хламидиялык инфекцияларды алып жүрүүчүлөр жана таратуучуларды: төрөө курагындагы аялдардын 31,7%, дем алуу органдарынын оорулары менен ооругандардын 29,6% жана артропатия менен ооругандардын 23,% түзөт. Ушул ооруларды эске алуу менен жыл сайын хламидке лабораториялык анализ жүргүзүүнү талап кылуу 51,5 миңди түзөт. РеА ооруларынын группасындагы эркектердин уделдик салмагы (86,2%) аялдардын уделдик салмагынан (13,8%) 6,2 эсе жогору. Эркектердин группасында ХИ аныкталуусу 38,8% болсо, ошол эле учурда аялдардын группасында 7,0% түскөк. Урогениталдык хламидоздун көрсөткүчтөрү калктын 100 миңине орточо 91,6 учурду түзөт. Урогениталдык хламидоздун гематогендик диссеминациясы оорулардын орточо 44,4% белгиленген, бул калктын 100миңине 40,0 учурду түзөт.

**Илимий жаңылыгы:** Изилдөөлөрдүн негизинде хламидиялык башка реактивдүү артропатия жана такталбаган реактивдүү артропатия сыяктуу такталбаган этиологиясы менен болгон оорулардын чоң тобу менен өз ара этиологиялык байланышы аныкталды. Биринчи жолу клиникалык-эпидемиологиялык, морфологиялык жана серологиялык изилдөөлөрдүн негизинде Ош областындагы урогениталдык хламидоздун диссеминациясынын мааниси алынган. Иммуноглобулин IgM, IgA, IgG аныктоо оорунун төрт фазасын: курч, өнөкөт, реинфекциясын, калдык серологияны аныктоо мүмкүнчүлүгү далилденген.

**Колдонулуучу тармактары:** коомдук саламаттык сактоо, тери-венерологиялык кызмат, акушершество жана гинекология, урология, терапия, педиатрия, ревматология.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Ажикуловой Венеры Сатвалдиевны на тему: «Эпидемиологические особенности хламидийной инфекцией на современном этапе (на примере Ошской области)», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.02.02 - эпидемиология.

**Ключевые слова:** эпидемиология, хламидийная инфекция, урогенитальный хламидиоз, болезни органов дыхания, реактивная артропатия, Болезнь Рейтера, заболеваемость, распространенность, лабораторное исследования, гематогенная диссеминация.

**Цель исследования:** Разработка научно-обоснованной лабораторной диагностики и мероприятий первичной и вторичной профилактики, с учетом эпидемиологических особенностей хламидийной инфекции, регистрируемых в Ошской области.

**Объект исследования** - население и лечебно - профилактические учреждения г.Ош и Ошской области. Предмет исследования: Инфекции передаваемые половым путем, хламидийная инфекция, болезни органов дыхания и реактивной артропатии. Исследование охватывают 10-летний период (2001-2010гг.).

**Результаты исследования:** В Ошской области носителями и распространителями хламидийной инфекции составляют: женщины детородного возраста - 31,7%, лица с болезнями органов дыхания - 29,6% и артропатиями - 23,9%. С учетом этих заболеваний ежегодная потребность в лабораторных анализах на хламидии составляет 51,5 тыс. В группе больных РеА удельный вес мужчин (86,2%) превышает удельный вес женщин (13,8%) в 6,2 раза. В группе лиц мужского пола выявляемость ХИ составляет 38,8%, тогда как в группе женщин 7,0%. Показатель урогенитального хламидоза составляет в среднем 91,6 случая на 100 тыс. населения. Гематогенная диссеминация урогенитального хламидоза в среднем отмечена у 44,4% больных, что составляет 40,0 случаев на 100 тыс. населения.

**Научная новизна:** На основании исследования вскрыта этиологическая взаимосвязь хламидий с большой группой заболеваний с неуточненной этиологией, как другие реактивные артропатии и реактивная артропатия неуточненная. Впервые на основе клинко-эпидемиологических, морфологических и серологических исследований получены значения диссеминации урогенитального хламидиоза в Ошской области. Подтверждено, что определение иммуноглобулинов IgM, IgA, IgG позволяет определить четыре фазы заболевания: острую, хроническую, реинфекцию, остаточную серологию.

**Область применения:** общественное здравоохранение, дерматовенерологическая служба, акушерство и гинекология, урология, терапия, педиатрия, ревматология.

## SUMMARY

of the dissertation of Agikylova Venera Satvaldievna to subjects: "Epidemiological process Chlamydia infection on modern stage (on example Osh area)", submitted for competition degree candidate of the medical sciences in the specialty 14.02.02 - epidemiology.

**Keywords:** epidemiology, Chlamydia infection, Chlamydia urogenital is, disease organ breathings, reactive arthritis, Disease Reytera, disease, spreading, laboratory study, gematogenis disseminiss.

**Objective research** - development scientifically-substantiate laboratory diagnostics arrangements primary and derived prophylaxis the size of epidemiological peculiarity Chlamydia infection register in Osh area.

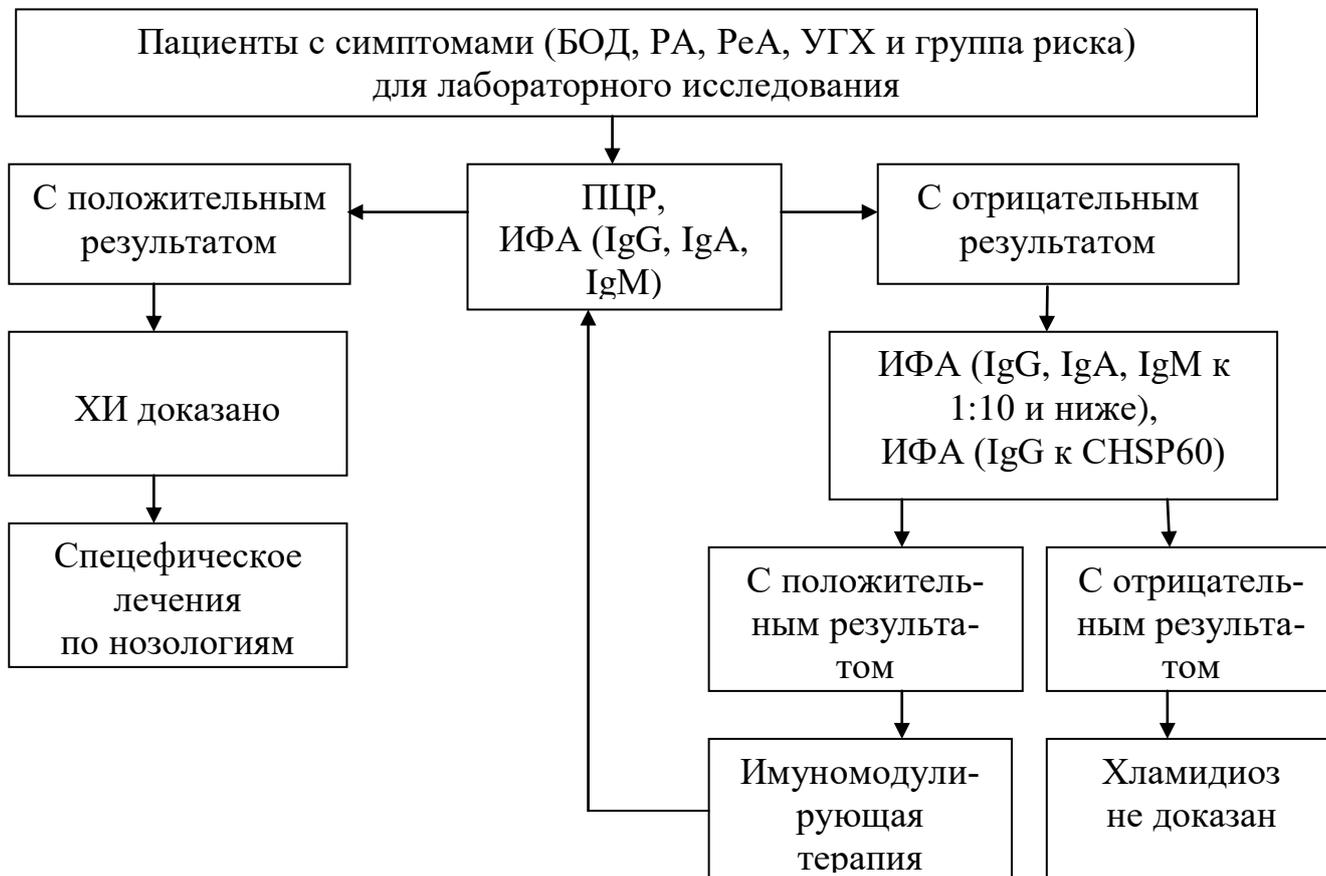
**The Object of the study** - a population and medical - a preventive institutions city Osh and Osh area. The Subject of the study: Infections sent sexual by way, Chlamydia infection, disease organ breathings and reactive arthritis. The Study cover 10-year term (2001 on 2010.).

**Results of the study:** In Osh area carrier and spreading Chlamydia to infections form: women (woman) to give birth the age - 31,7%, person with disease organ breathings - 29,6% and artripopatis - 23,9%. With provision for these diseases annual need for laboratory analysis on Chlamydia forms 51,5 thousand. In group sick ReA specific gravity of the man's (86,2%) exceeds the specific gravity of the woman's (13,8%) in 6,2 times. In group of the persons male flap discovery Chlamydia to infections forms 38,8% then in group of the woman's 7,0%. The Factor urogenital is Chlamydia forms at the average 91,6 events on 100 thous. populations. Gematogenis disseminiss urogenital is Chlamydia is at the average noted beside 44,4% sick that forms 40,0 events on 100 thous. populations.

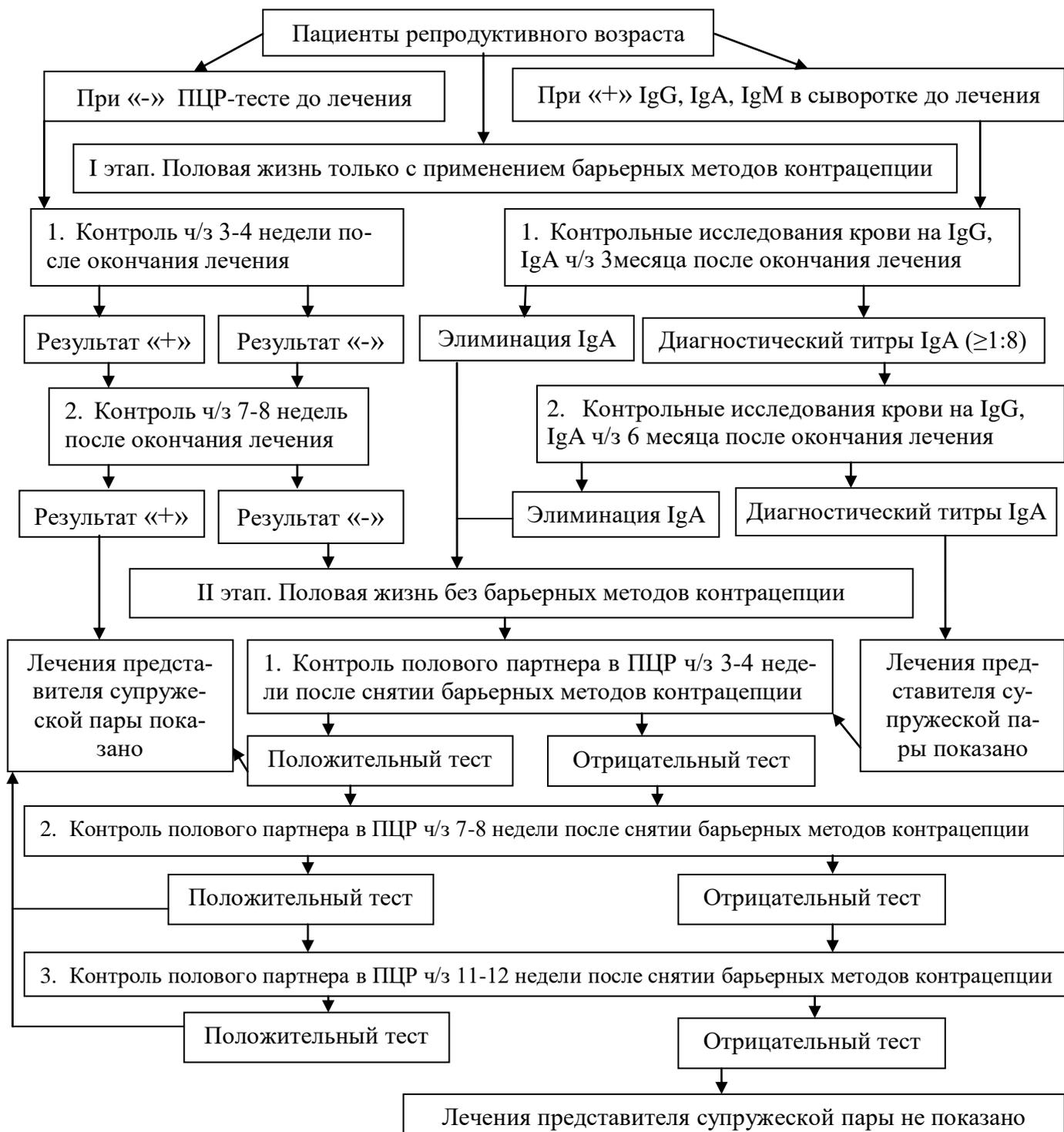
**Scientific novelty:** Scientific novelty: On base of the study is opened etiologies intercoupling Chlamydia with big group of the diseases with unconvinced etiologies, as other reactive artropatis and reactive artropatis unconvinced. For the first time on base clinic-epidemiological, morphological and serology of the studies are received importance's disseminacis urogenitalis Chlamydia in Os area. It Is confirmed that determination immunoglobulin IgM, IgA, IgG allows to define four phases of the disease: quip, chronic, reinjection, remaining serology.

**The application:** public health, dermatology- venues' service, obstetrics and gynecology, urology, therapy, pediatrics, rheumatism.

**Алгоритм диагностики хламидийной инфекции**



### Алгоритм определения излеченности супружеской пары от УГХИ



---

Подписано к печати 24.12.2012 г. Формат 60 х 90/16  
Бумага офсетная. Объем 1,3 п.л.; тираж 100 экз.  
Отпечатано в НПО «ПМ»  
г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34  
Тел. 54-45-81