

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ БРУЦЕЛЛЕЗА

Ярмухамедова Н.А.¹, Якубова Н.С.², Тиркашев О.С.³, Узакова Г.З.⁴, Ачилова М.М.⁵

¹Ярмухамедова Наргиза Анваровна – доцент;

²Якубова Нигина Садриддиновна – ассистент;

³Тиркашев Отабек Саидович – ассистент;

⁴Узакова Гавхар Закировна – ассистент;

⁵Ачилова Матлюба Мирхамзаевна – ассистент.

кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: поражение органов и систем в значительной мере определяет течение и исход бруцеллеза, при этом одной из наиболее часто вовлекаемых в патологический процесс при бруцеллезной инфекции является сердечно-сосудистая система. Согласно данным РЦГСЭН территория Республики Узбекистан контрастна по уровню распространенности бруцеллеза. Есть области (Бухарская, Навоинская, Самаркандская, Кашкадарьинская, Джизакская и Сырдарьинская), где уровень заболеваемости в 2-3 раза выше, чем в среднем по стране. В этой связи был проведен ретроспективный анализ историй болезней больных с бруцеллезом, находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда. В статье представлены результаты исследования изменения состояния сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезом с клиническими и инструментальными изменениями. Диагноз бруцеллезной инфекции был выставлен на основании клинического, комплексного лабораторного (реакция Райта, Хеддельсона), инструментального (ЭКГ, ЭхоКГ) обследования.

Ключевые слова: бруцеллез; эхокардиография; миокардит.

Актуальность. Бруцеллез как широко распространенная зоонозная инфекция причиняет значительный экономический и социальный ущерб во многих странах мира, где развито животноводство [2]. В республике Узбекистан с её животноводческой ориентацией хозяйства широко распространен бруцеллез не только среди сельскохозяйственных животных, но и среди людей [1, 4]. Имеющиеся в современной литературе сведения о частоте, характере и механизмах поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных бруцеллезом разноречивы и неоднозначны [3].

Цель исследования: оценить состояние ССС у больных с хроническими формами бруцеллеза по Самаркандской области.

Материалы для исследования: материалом для исследования послужили истории болезни больных обратившихся в областную клиническую инфекционную больницу города Самарканда за последние 10 лет.

Методы исследования: Диагноз бруцеллезной инфекции был выставлен на основании комплексного клинического, лабораторного (серологические реакции Хеддельсона и Райта) и инструментального (ЭКГ, ЭхоКГ) обследования.

Результаты исследования: Анализ заболеваемости бруцеллеза проводился в период с 2008 по 2018 гг.

В связи с тем, что бруцеллы выделяются больными животными через все выделительные системы, пути распространения бруцеллеза разнообразны. Заражение людей происходит контактным, алиментарным и реже аэрогенным путем, возможны сочетанные пути передачи.

Согласно приказу РУз № 37 диагноз «Бруцеллез» был подтвержден серологически в 86,6% и бактериологически 57,3% случаях.

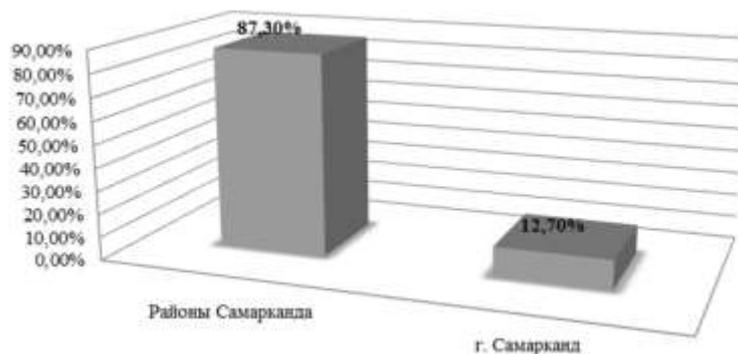


Рис. 1. Распределение больных по месту жительства

Анализ места жительства больных показал, преимущественное обращение из районов Самаркандской области (87,3%) (рисунок 1).

Заболеваемость чаще регистрировалась в районах где население в большей мере занимается животноводством – Нурабадский район (19,5%), Кушрабад (14,2%), Булунгур (12,3%), Ургут (11,3%), Пастдаргам (10,4%), Нарпай (5,2%), Джамбай (4,5%). По остальным районам области заболеваемость не превышала 4% от общего количества обратившихся больных (рисунок 2).

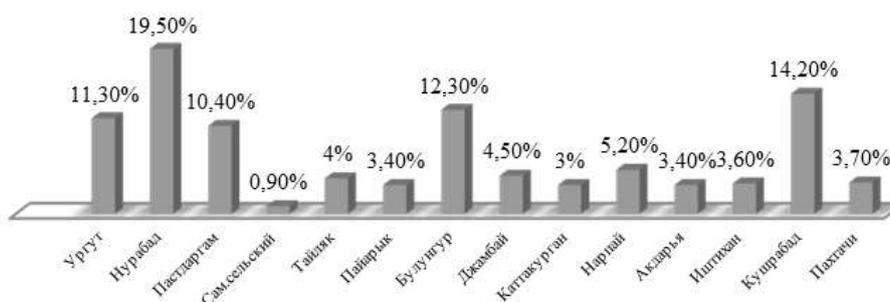


Рис. 2. Распределение больных по районам

При этом пик регистрации больных отмечается в весенние месяцы, что связано с наибольшим контактом населения с животными в эти периоды года (окот, отел и т.д.).

При анализе обращаемости больных в разрезе колебаний годовой динамики заболеваемости бруцеллёза было выявлено, что обращаемость больных резко увеличилось за последние 10 лет с 5,5% (2008г.) до 13,8 (2018г.). Так в 2008 г. выявлено 5,5% больных, в 2009 г. - 6,9%, в 2010 г. - 6,6%, 2011 г - 6,9%, в 2012 г. - 7,8%, в 2013 г. - 8,9 %, в 2014 г. - 9,8%, в 2015 г. - 10,8%, в 2016 - 11,1%, в 2017 - 11,9%, 2018 г. - 13,8%.

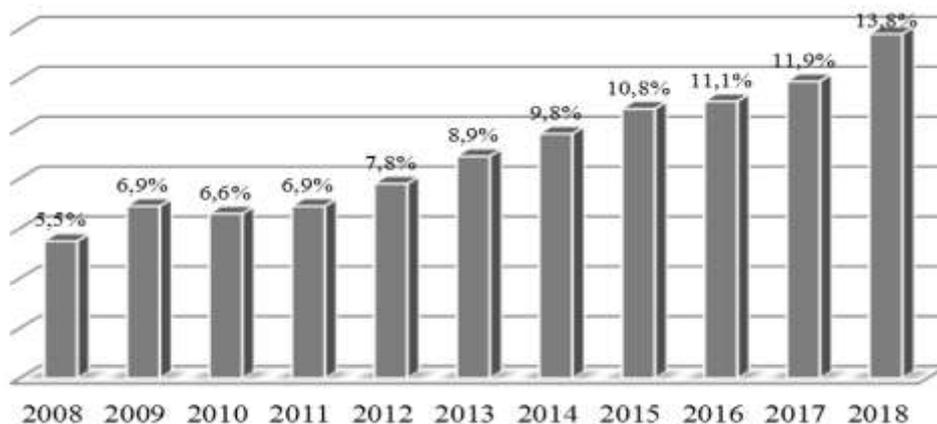


Рис. 3. Обращаемость больных с 2008 по 2018 года

Анализ возрастной структуры больных показал преимущественное обращение лиц работоспособного возраста от 17 до 40 лет (17 - 25 лет (25,4%), 25 - 40 лет (43,5%), 40 - 50 лет (11,3%), старше 50 лет (10,1%).

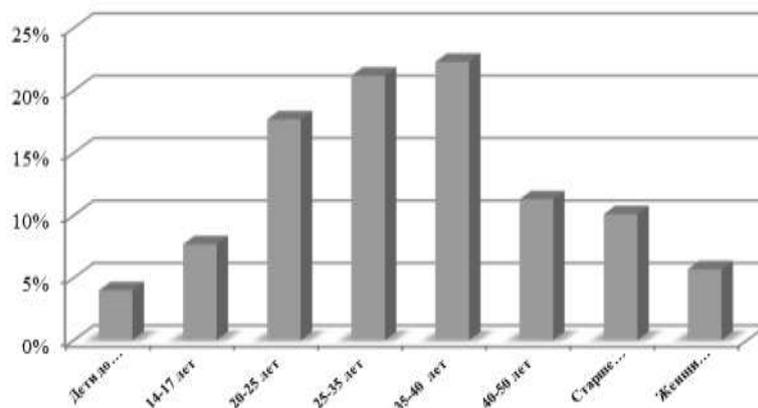


Рис. 4. Распределение больных по возрасту

В медицинской литературе известны клинические классификации бруцеллёза, предложенные Н.И.Рагоза (1941, 1952), А.Ф.Билибиным (1947), Г.П.Рудневым (1955), Н.Д.Беклемишевым (1957), Н.Н.Островским (1987), К.Джалиловым (1987), В.И.Покровским (2004). В Республике Узбекистан для постановки диагноза наиболее часто применяется классификация Н.И.Рагоза, дополненная В.М.Маджидовым или классификацию К.Джалилова. Все эти классификации хорошо описаны в руководствах и учебниках по инфекционным заболеваниям. В тоже время зарубежные авторы стран, эндемичных по бруцеллезу, а также ВОЗ и CDC, используют упрощенную классификацию, согласно которой бруцеллёз делится лишь по продолжительности течения на бессимптомную, острую, затяжную и хроническую формы (ParasG, 2005). Однако, для более подробного описания клиники мы прибегли к классификации по Рудневу Г.П. (1955). У больных с хронической формой бруцеллеза поражение органов регистрировалось с различной частотой, так изменения в целом со стороны висцеральных органов наблюдались в 27% случаев, из них изменения со стороны сердечно-сосудистой системы составили 24,7% случаев; опорно-двигательной системы в 76,7% случаев, нервной системы в 13,3%, урогенитальной системы в 4,6 % случаев. В некоторых случаях отмечались комбинированные поражения органов и систем 28,6 %.

Среди обследованных нами больных были установлены такие сопутствующие заболевания как артериальная гипертония (32,8%), из них I ст. (15,2%), II ст. (12,4%), III ст. (5,2%); пиелонефрит (7,5%), анемия (47,4%), атеросклероз (4,1 %), ИБС (8,2 %). (Рис. 5).

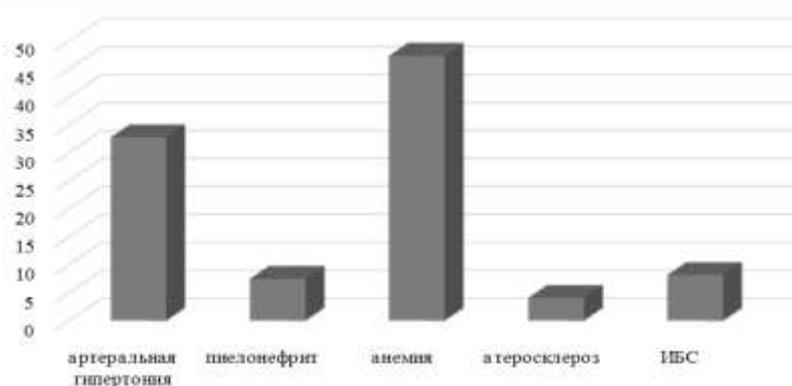


Рис. 5. Распределение больных по выявленным сопутствующим заболеваниям

Всем больным было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование с использованием бактериологических и серологических методов диагностики. Серодиагностику для выявления антител к антигенам бруцелл осуществляли с применением методов: реакций Райта и Хеддльсона. В общем анализе крови отмечался преимущественно лимфоцитоз и колебания СОЭ до 60 мм/с у 57,8% больных. Биохимические показатели характеризовались повышением уровня печеночного фермента аланинаминотрансферазы в крови (до 1,5 норм) у 11,5%; концентрации С-реактивного белка - у 27,0%; ревматоидного фактора - у 7,7% пациентов. Клинико-эпидемиологический диагноз подтверждался

результатами положительной реакции агглютинации Хеддельсона у 47,7% больных, у 86,6% - положительной реакцией агглютинации Райта в титре от 1/200 до 1/800. У 57,3% больных выявлялись положительные результаты бактериологического посева крови. Из функциональных методов всем больным была проведена электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ). Проведенный нами анализ результатов электрокардиографических исследований больных бруцеллезом показал, что ЭКГ-изменения различного характера зарегистрированы у 24,7 % больных. Частота и степень выраженности ЭКГ-изменений в определенной мере зависели от тяжести заболевания бруцеллезной инфекцией.

Так, ЭКГ изменения у большинства больных хроническим бруцеллезом выявлялись в виде нарушения ритма сердца (синусовая тахикардия, синусовая брадикардия и синусовая аритмия) которые носили, как правило, преходящий характер, нормализация ритма наблюдалась через два дня от начала лечения при адекватной этиотропной и противовоспалительной терапии. Нарушения процессов реполяризации в виде диффузных изменений в миокарде у больных бруцеллезом встречались даже при небольшой давности заболевания и носили выраженный и стойкий характер (таблица № 2).

Таблица 2. ЭКГ-изменения при хроническом бруцеллезе

| Показатели электрокардиограммы | | Абс | % |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----|------|
| Нарушения ритма | Синусовая аритмия | 17 | 8,4 |
| | Синусовая тахикардия | 128 | 63,3 |
| | Синусовая брадикардия | 57 | 2,8 |
| Нарушения возбудимости | Единичные желудочковые экстрасистолы | 35 | 17,3 |
| Нарушения проводимости | АВ-блокада I степени | 23 | 11,4 |
| | Неполные блокады ПНПГ | 4 | 1,9 |
| | Полные блокады ПНПГ | 2 | 0,9 |
| | Неполные блокады ЛНПГ | 6 | 2,9 |
| Нарушения реполяризации | Синдром ранней реполяризации | 3 | 1,5 |
| | Диффузные изменения в миокарде | 22 | 1,4 |
| | Гипертрофия левого желудочка | 136 | 67,3 |

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев симптомы со стороны ССС были проявлением интоксикационного синдрома и поражения ВНС, то есть носили экстракардиальный характер. Кардиальные проявления – то есть поражения самого миокарда (чаще в виде очагового миокардита), проявлением которого было нарушение проводимости в виде полных и неполных блокад ножек пучка Гиса.

Заключение: 1. Заболеваемость бруцеллезом чаще регистрируется в районах где население в большей мере занимается животноводством. Анализ возрастной структуры больных показал преимущественное поражение лиц трудоспособного возраста (25 - 40 лет - 43,5%).

2. При анализе функциональных изменений сердечно-сосудистой системы отмечались кардиалгия, расширение границ сердца влево, систолический шум, гипотония и тахикардией.

3. ЭКГ изменения у больных хроническим бруцеллезом выявлялись в виде нарушения ритма сердца (синусовая тахикардия, синусовая брадикардия и синусовая аритмия) которые носили, как правило, преходящий характер, нормализация ритма наблюдалась через два дня от начала лечения при адекватной этиотропной и противовоспалительной терапии.

Список литературы

1. Акказиева Б.А. Страновое исследование по Таджикистану: Системы здравоохранения в отслеживании НИЗ. Характерные особенности системы здравоохранения в области НИЗ / Б.А. Акказиева // ВОЗ. Душанбе.2013. С. 53.
2. Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А. Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертонией женщин перименопаузального возраста // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 1. С. 10-10.
3. Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Клиническая диагностика и лечение хронического бруцеллеза в реальной практике врача-невролога // Алма Аты, 2016. № 7. С. 169.
4. Холмуратов У.К., Рустамова Ш.А., Ярмухаммедова Н.А. Клинико-эпидемиологические аспекты течения бруцеллеза за последние годы по Самаркандской области. “Вопросы науки и образования”. Декабрь, 2019. 33 (83).
5. Earhart K. et al. Risk factors for brucellosis in Samarqand Oblast, Uzbekistan // International journal of infectious diseases, 2009. Т. 13. № 6. С. 749-753.