

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЁЗА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Курбанова Л.М.¹, Хидиров З.Э.², Абдураимов З.А.³

¹Курбанова Латофат Муродиллаевна - ассистент;

²Хидиров Зиядулло Эркинович – ассистент;

³Абдураимов Зафар Абдураимович – ассистент;

кафедра анатомии и ОХТА,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: для Узбекистана, одной из крупнейших животноводческих баз страны, организация эффективной борьбы с бруцеллезом все еще остается самой актуальной проблемой. Целью настоящей работы явилось изучение возрастных особенностей течения различных форм бруцеллеза. Материалом для исследования послужили больные, обратившиеся в областную клиническую инфекционную больницу города Самарканда за последние 10 лет. Методы исследования: анамнестические, клинические и лабораторные. Анализ заболеваемости бруцеллёзом проводился в период с 2008 по 2018 гг. по данным ретроспективного анализа историй болезней больных, находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда. В соответствии с поставленными целями и задачами нами проводились исследования в следующих направлениях: изучались эпидемиологические, клинические и лабораторные аспекты бруцеллёза. Получение новых сведений о современных особенностях бруцеллеза в Самаркандской области, разработка рациональной схемы лабораторной диагностики заболевания на основе определения клинико-эпидемиологической значимости традиционных и новых лабораторных методов. В наших исследованиях выявлено, что в молодом возрасте отмечено острое и тяжелое течение болезни, у подростков при сопутствующей патологии рано наступающие метастатические поражения, в среднем возрасте постепенное начало и затяжное течение, у пожилых течение по типу хронического бруцеллеза.

Актуальность проблемы. Для Узбекистана, одной из крупнейших животноводческих баз страны, организация эффективной борьбы с бруцеллезом все еще остается самой актуальной проблемой.

Большой практический интерес представляет изучение бруцеллёза в возрастном аспекте. Известно, что инфекционный процесс протекает по-разному в зависимости от возрастной реактивности. Бруцеллез у детей и подростков, например, имеет свои клинические особенности (1,2). Но, вероятно, особенности клинических проявлений присущи не только детскому и подростковому возрасту. На некоторые особенности клиники бруцеллеза в молодом и пожилом возрастах указывают другие авторы. Работы по изучению клиники бруцеллеза (3,4,5) многочисленны, но у нас не представлены в возрастном аспекте.

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось изучение возрастных особенностей течения различных форм бруцеллеза.

Материалы для исследования: материалом для исследования послужили больные обратившиеся в областную клиническую инфекционную больницу города Самарканда за последние 10 лет.

Методы исследования: анамнестические, клинические и лабораторные.

Результаты исследования: Анализ заболеваемости бруцеллёзом проводился в период с 2008-2018 гг по данным ретроспективного анализа историй болезней больных, находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда. В соответствие с поставленными целями и задачами нами проводились исследования в следующих направлениях:

изучались эпидемиологические, клинические и лабораторные аспекты бруцеллёза. Получение новых сведений о современных особенностях бруцеллеза в Самаркандской области, разработка рациональной схемы лабораторной диагностики заболевания на основе определения клинико-эпидемиологической значимости традиционных и новых лабораторных методов. Диагноз выставляли на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных и лабораторно-этиологических исследований в контексте стандартного определения случая. Из числа обработанных стационарных карт с диагнозом «Бруцеллёз» лабораторная диагностика бруцеллеза проводилась исследованием сыворотки крови больных на реакции аглютинации (Райта и Хеддельсона), 9,3 % больных с острым и подострым, 4,1 % с хроническим бруцеллезом выделена гемокультура.

При анализе место жительства больных установлено, преимущественное обращение из районов Самаркандской области (87,3%) (рисунок 1).

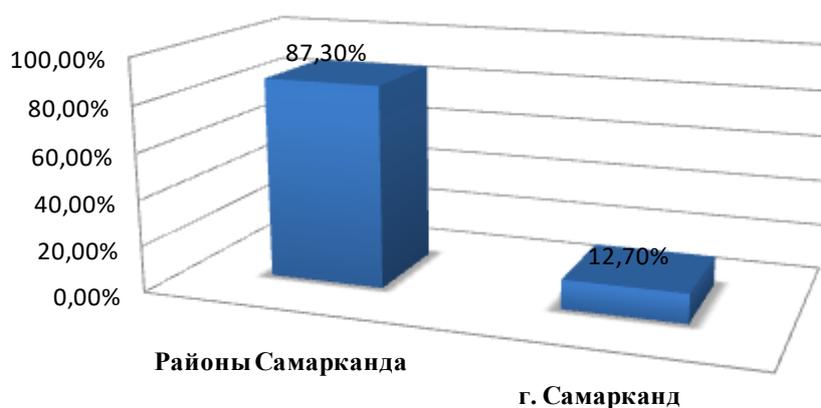


Рис. 1. Распределение больных по месту жительства

Сельские жители составляли 87,3% больных острым и хроническим бруцеллезом. Как видно, из рисунка бруцеллез остается инфекцией, поражающей преимущественно сельское население (рисунок №2).

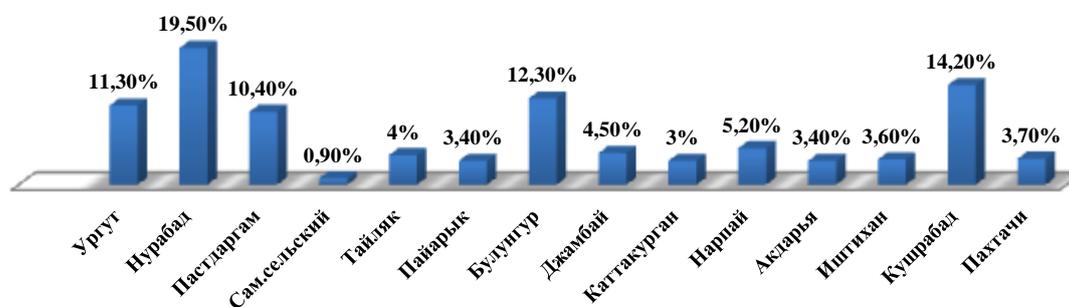


Рис. 2. Распределение больных по месту жительства

По рисунку видно, что заболеваемость чаще регистрируется в районах где население в большей мере занимается животноводством.

Анализ сезонности показал, острый бруцеллез имел определенную сезонность-апрель-июль месяцы. Наибольшая заболеваемость приходилась на июнь, а у пожилых повышение заболеваемости начиналось зимой (пик был в апреле). Это объясняется тем, что люди молодого возраста заняты во время окотной кампании, а пожилые, работая чабанами, заняты круглый год. По нашим исследованиям, в последние годы ситуация по бруцеллезу значительно обострилась под действием различных социальных и природных факторов. К их числу относятся прирост населения, занятого разведением скота, увеличение поголовья сельскохозяйственных животных, изменение форм хозяйствования и др. Социально - экономические преобразования и связанные с этим трудности не миновали сельскохозяйственный сектор и, в частности, животноводческий сектор. После независимости, структура животноводства в Республике Узбекистан претерпела некоторые изменения и частные хозяйства стали доминировать над коллективными. В результате изменения социально-экономических отношений резко возросло количество семей с частным скотом, и сфера обслуживания расширилась.

Среди исследуемых больных мужчины составляют 58,3 %, женщины 41,7 %. Острым бруцеллезом чаще болели мужчины молодого возраста, что объясняется частотой мужских профессий в овцеводческих хозяйствах.



Рис. 3. Распределение больных по полу

Клинические наблюдения включают результаты комплексного обследования больных в возрасте от 17 до 64 лет с различными формами бруцеллеза. Анализ возрастной структуры больных показывает 17 - 25 лет (25,4%), 25 - 40 лет (43,5%), 40 - 50 лет (11,3%), старше 50 лет (10,1%). По анализам, мы определили что бруцеллез часто встречается у людей работоспособного возраста (72,5%). Наши данные совпадают с литературными данными (5).

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

№	Возраст больных	%
1.	Дети до 14 лет	3,1 %
2.	15-18 лет (подростковый возраст)	10,4%

3.	18-44 лет (молодой возраст)	49,3%
4.	45-59 лет (средний возраст)	26,5%
5.	Старше 60 лет (пожилой возраст)	5,0 %
6.	Женщины фертильного возраста	5,7 %
7.	Всего	100 %

Больных мы распределили по классификации возрастов принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). По клинической классификации Г. П. Руднева у обследованных больных выявлены:

1. Острый бруцеллез - 29,7%
2. Подострый-7,8%
3. Хронический 41,6%
4. Резидуальный 20,9%

Клиника острого бруцеллеза предопределяет особенности развития заболевания в его последующем течении, а также исход. На основании проведенных нами исследований выявлено, что чем моложе возраст, тем тяжелее течение при острой форме. В зависимости от возраста могут быть преимущественные поражения различных органов и систем. Склонность к хроническому течению часто наблюдается в среднем и пожилом возрастах.

У больных постепенное начало наблюдалось у 53,9%. В основном у больных заболевание протекало в среднетяжелой форме, в тяжелом-у 25,5%. В среднем возрасте отмечено наибольшее количество тяжелых больных.

Острое начало бруцеллеза отмечено у 46,1% больных. При этом острое начало болезни преобладало в молодом возрасте, (54,8%), в среднем-в 46%, а постепенное у пожилых (28%).

Субфебрильная температура чаще имела у пожилых (44,5%) и реже у молодых (21,9%). Длительная лихорадка до 2-х месяцев отмечена у 24% больных пожилого, у 16% среднего возраста и у 7,9% подростков. Артралгии чаще наблюдались у подростков (44,4%) и молодых (43,2%), чем у больных среднего (26,0%) возраста и у пожилых (28%). Поражение суставов до 45 летнего возраста носило метастатический характер, а в более старших возрастах отмечалось преобладание артритов коленного сустава. Функциональные нарушения вегетативной нервной системы характерны для всех форм бруцеллеза во всех возрастных группах. У больных молодого возраста при хроническом бруцеллезе клинические проявления вегетативной дисфункции явно выражены. Нарушение функции вегетативной нервной системы имеет четкий параллелизм с клиническими проявлениями заболевания. Наиболее выраженные вегетативные расстройства наблюдались при длительном хроническом течении заболевания и оставались после угасания активности инфекционного процесса. Радикулиты при остром бруцеллезе в среднем и пожилом возрастах встречаются в 2 раза чаще, чем у молодых. Увеличение печени учащается с возрастом больных, а селезенки-наоборот уменьшается. Острый бруцеллез в молодом возрасте часто имел острое начало, протекая на фоне выраженных клинических проявлений. В среднем возрасте острый бруцеллез протекал с длительной субфебрильной температурой отягачающие течение болезни. В пожилом возрасте заболевание часто начиналось постепенно и отличалось относительно легким течением.

Подострый бруцеллез формировался в основном у жителей села, среди которых преобладали больные зрелого возраста (26,5%) и мужчины (55,3%). Среди лиц пожилого возраста подострый бруцеллез не выявлен. В среднем возрасте чаще отмечен субфебрилитет (56,2%), тогда как у молодых преобладала, волнообразная (14,4%) и нормальная (12,3%) температурные кривые. Подострый бруцеллез у подростков

и молодых имело свои особенности: повышение температуры, гепатолиенальный синдром, астено-вегетативный синдром (артралгии, потливость, слабость, нормальная температура). В среднем возрасте наблюдался часто субфебрилитет с длительным течением инфекционного процесса. Артриты коленных (35,2%) и тазобедренных (34,5%) суставов наблюдались часто у больных молодого (39,7) и среднего (12,3%) возрастов. У подростков и в молодом возрасте бруцеллёз атипично протекало в результате метастаза бруцеллеза, то в среднем возрасте из-за присоединения дистрофических процессов. Это подтверждается также учащением радикулитов в среднем возрасте (31,6%). Таким образом, подострым бруцеллезом страдают больные молодого и среднего возраста, клинически характеризуется легким течением заболевания.

Среди больных с хроническим бруцеллезом также преобладали мужчины в возрасте до 45 лет (51,2%) и увеличилось число больных, заболевание которых было связано с профессией. Время обострения хронического бруцеллеза у больных в условиях Узбекистана в молодом и среднем возрастах с декабря по апрель месяцы. По этому те люди, которые заболевание связано с профессией для предупреждения обострений следует проводить профилактическое лечение в ноябре и феврале. У подростков и пожилых отмечались обострения в весеннее-летние месяцы (март- апрель, затем июль-август). Летние обострения можно связывать с суперинфекцией. Эти данные диктует необходимость диспансерного осмотра профессиональных групп больных (чабанов, пастухов и др.) после сезонных работ (окотная кампания, стрижка овец).

В наших исследованиях, хронический бруцеллез протекал, в основном, в среднетяжелой форме (67,5%). В возрастном аспекте тяжелое течение отмечалось у больных среднего возраста (18,9%). В клинической картине заболевания поражение вазомоторного аппарата учащалось с возрастом: в молодом возрасте они были диагностированы у 66,3% больных, в среднем-у 72%, у пожилых-в 90%. У людей среднего и пожилого возраста этот показатель был высок за счет метастатических поражений крупных суставов (85%). Учащение очаговых поражений у пожилых и в среднем возрасте связано с дистрофическими изменениями в суставах. Изменения со стороны внутренних органов диагностированы у 11,6% подростков, у 15,4% больных молодого и у 19,8% больных среднего возрастов. Больных с поражением периферической нервной системы в молодом возрасте было 35,9%, в среднем- 30,2%, а у подростков лишь 8,6%. Хронический бруцеллез протекал у 45,5% больных с нормальной температурой, у 50,6% с субфебрильной, у 1,7% с ремиттирующей и у 1,2% с волнообразными температурными кривыми. Изменения в позвоночнике (спондилезы, остеохондрозы) выявлены у 27,9% больных, чаще в поясничном отделе (23,3%). С возрастом учащаются артриты мелких суставов (голеностопных и кистей рук) и изменения позвоночника, особенно в среднем (39,3%) и пожилом возрастах (53,3%). У подростков поражение позвоночника не обнаружено, но у них наблюдались артриты тазобедренных (5%) и коленных (28,5%) суставов. Артралгии чаще встречались у подростков (23,2%) и молодых 19,8%, чем в среднем (12,4%) и пожилом (10,0%) возрастах.

Обследованные больные предъявляли разнообразные жалобы на мышечную слабость 31,2%, боли в области сердца 42,3%, сердцебиение 33,9% больных. Расстройства сердечно-сосудистой системы проявляются в снижении АД, появлении нарушений ритма и т. д. у больных выявлено расширение границ сердца, снижение звучности тонов сердца, систолический шум на верхушке сердца. Эти симптомы чаще встречаются у больных с хроническим бруцеллезом. Изменения в сердечно сосудистой системы у подростков, характеризовались систолическим шумом на верхушке, тахикардией, снижением систолического давления. На боли и области сердца жаловались 20% больных, у 12,2% обнаружено расширение границ сердца. Тоны сердца были приглушены у 15% и были глухими у 32,4% больных. Систолический шум на верхушке выслушивался у 20,1% больных, брадикардия отмечалась у 27,7%, тахикардия-у 2,8%. Снижение систолического давления отмечено у 26,4% больных, диастолического у

19,7%. Эти изменения учащались с возрастом больных. Так, у пожилых больных снижение систолического давления было в 55,2%, диастолического-29,1%.

При ЭКГ-графическом исследовании обнаруживалось нарушение сердечного ритма, синусовая брадикардия у 37,6% больных, синусовая аритмия у 33,7%, тахикардии у 19,0%. У 75,7% больных было выявлено уменьшение амплитуды Т или резко отрицательный зубец Т, удлинение электрической оси, замедлениями предсердно-желудочковой проводимости. P-Q. Выраженные ЭКГ изменения и нарушения электрического обмена отмечались у больных с острым и подострым бруцеллезом, особенно при тяжелом течении.

В анализах крови во всех возрастных группах и при всех формах бруцеллеза обнаружено снижение гемоглобина, за исключением лиц молодого возраста при подостром и хроническом бруцеллезе. Число эритроцитов оказалось также сниженным при острой и подострой форме и имело тенденцию к снижению при хроническом бруцеллезе. Лейкоциты у большинства больных находились в пределах нормы, лейкопения отмечена у 18,4% больных в основном остром и подостром течение бруцеллеза, реже при хроническом-12,9%. Лимфоцитоз определялся при остром бруцеллезе у 71,9% больных, при подостром-у 52,3%, при хроническом-у 33,4%. Показатели моноцитов увеличивалось при остром бруцеллезе, затем при переходе в хроническую форму их количество снижалось. При этом сохранялся моноцитоз у подростков, у которых формирование хронического бруцеллеза редкость. Лимфоцитоз, в основном, имеет относительный характер. При переходе бруцеллеза в хроническую форму количество лимфоцитов уменьшается вследствие усиливающегося влияния аллергического процесса.

Общий белок и белковые фракции определялись во всех возрастных группах. Общий белок у больных молодого возраста при формировании хронического бруцеллеза повышался. У больных среднего возраста при хроническом течении общий белок имел тенденцию к снижению. Гипоальбуминемия выявлялась при всех формах бруцеллеза, снижаясь еще больше у больных пожилого возраста. При остром и хроническом бруцеллезе у больных отмечалось резкое повышение глобулиновых фракций. Изменение глобулиновых фракций было более выраженным у больных среднего возраста.

Нарушение белкового обмена связано с воспалительными и иммуно-аллергическими процессами. Гипоальбуминемия связана с воспалительными явлениями. Таким образом, при бруцеллезе выявляется нерезкое угнетение кроветворения, которое проявляется снижением количества гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, нейтрофилов, эозинофилов в периферической крови. Процесс угнетения кроветворения имеет связь с активностью инфекционного процесса и с возрастом усиливается. При современном клиническом течении бруцеллеза участились низкие титры и рано наступающие отрицательные результаты реакции агглютинации. Так, при остром бруцеллезе реакция Райта в титрах 1:50 и 1:100 была: у 25,2% больных и отрицательной-у 26,1%, а при подостром-у 37,3% и у 16,4% и при хроническом-у 75,3% и у 17,4%. Положительные и высокие титры серологических реакций имели четкую закономерность снижения с возрастом, Положительные титры реакции Райта при остром бруцеллезе были у 61,7% больных молодого возраста, у 55,4%-среднего и у 38,4% больных пожилого возраста. При хроническом бруцеллезе 17,7% у больных молодого возраста, 10,7% у больных среднего возраста, у пожилого возраста 7,7% больных. Такая же закономерность с соответствующими показателями была у больных в разных возрастных группах с реакциями Хеддельсона.

Внутрикожная аллергическая проба Бюрне оказалась положительной при остром бруцеллезе у 75,6% больных, при подостром-у 86,7%, при хроническом у 91,3% больных. Проба Бюрне у половины обследованных больных становилась положительной от момента начала заболевания, в течении первых 7-14 дней. В литературных данных, у больных внутрикожная аллергическая проба становилась положительной в конце первого месяца болезни.

Таким образом, раннее наступление аллергизации организма больных и дальнейшее повышение ее

интенсивности оказывало существенное влияние на клиническое течение заболевания (сокращение лихорадочного периода и возникновение артралгии в более ранние сроки). При таком клиническом течении сокращаются сроки антигенемии и выработки антител, что проявляется низкими титрами серологических реакции. При изучении интенсивности аллергической реактивности в возрастных группах более выраженные показатели ее обнаружены нами в среднем возрасте и низкая аллергическая реактивность выявлена у подростков и пожилых.

Выводы:

1. В наших исследованиях выявлено, что в молодом возрасте отмечено острое и тяжелое течение болезни, у подростков при сопутствующей патологии рано наступающие метастатические поражения, в среднем возрасте постепенное начало и затяжное течение, у пожилых течение по типу хронического бруцеллеза.

2. Также, раннее наступление аллергизации организма больных и дальнейшее повышение ее интенсивности оказывало существенное влияние на клиническое течение заболевания. В результате наблюдалось сокращение лихорадочного периода и возникновение артралгии в более ранние сроки в среднем возрасте и низкая аллергическая реактивность выявлена у подростков и пожилых.

3. Выявленные нарушения иммунологической реактивности, а также нарушения функционального состояния вегетативной нервной системы диктуют необходимость новых методов лечения с применением препаратов, стимулирующих неспецифические факторы иммунитета.

4. Выше установленные закономерности течения бруцеллеза в различных возрастных группах позволяют прогнозировать не только исход болезни, а также обосновать методику лечебных мероприятий.

Список литературы

1. *Арашова Г.А., Бобожоджаев С.Н.* Клинико-эпидемиологические особенности бруцеллёза // Российская научно-практическая конференция, 2008. № 4. Часть 1. С. 14-15.
2. *Ахмедова М.Д., Арашова Г.А., Облокулов А.А.* Иммунологические показатели при остром бруцеллёзе // Российская научно-практическая конференция с международным участием, 2009. № 1. Часть 1. С. 33-34.
3. *Желудков М.М.* Бруцеллез в России: современная эпидемиология и лабораторная диагностика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.М. Желудков. Москва, 2009. 52 с.
4. *Облокулов А.Р., Ниязова Т.А., Мирзаянова Д.Б., Нуруллаев Р.Р.* Клиническая эффективность применения экдистена при первично хроническом бруцеллезе // Инфекция иммунитет и фармакология, 2014. № 3-2. С. 32-37.
5. *Рахимова Ш.Ш., Арашова Г.А., Худойдодова С.Г.* Иммунологические показатели при остром бруцеллёзе // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2011. Часть 1. № 1. С. 299-301.
6. *Фарманова М.А., Касимов И.А., Атажаджаева Д.Р., Зайниддинова М.Б.* Бруцеллез касаллигининг клиничко-эпидемиологик хусусиятлари // Тиббиётда янги кун, 2020. №1(29). Б. 436-439.
7. *Харибова Е.А., Тешаев Ш.Ж.* "Изменения состава просветной микрофлоры в разные периоды постнатального развития". Морфология 157.2-3 (2020): 224-225.
8. *Харибова Е.А., Тешаев Ш.Ж.* Морфофункциональные особенности тканевой организации энтероэндокринных клеток в возрастном аспекте // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 2. С. 168-173.
9. *Холмуратов У.К., Рустамова Ш.А., Ярмухаммедова Н.А.* «Клинико-эпидемиологические аспекты

течения бруцеллёза за последние годы по Самаркандской области» Журнал «Вестник науки и образования». Декабрь, 2019. № 33(83). С. 120-126

10. *Ярмухамедова Н.А., Караматуллаева З.Э., Кандимов О.* “Самарканд вилояти Нуробод тумани буйича бруцеллёз касаллиги эпидемиологик аспектларини таҳлил этиш. Научно-практический журнал «Проблемы биологии и медицины» г. Самарканд, Самарканд, 2018. № 1 (99). С. 146-151.
11. *Aminov Z.Z. Khakimova S.Z. Davlatov S.S.* (2020). Improvement Of Treatment Protocols Of Pain Syndrome In Patients With Chronic Brucellosis. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine.* 7(3), 2540-2545.
12. *Atayeva M.A., Mansurova M.Kh., Sagdullayeva G.U., Mirzaeva M., Khudoydodova S.G.* Features of the course of disease in reacting positively to brucellosis // *Doctor's Herald*, 2015. № 2. P. 8-11.
13. *Mansurova M.Kh., Atoyeva M.A., Sagdullaeva G.U., Khudoydodova S.G., Mirzaeva M.R., Arashova G.A.* Features of the course of disease in the reacting positivile to brucellosis/ / *Physician's bulletin*, 2015. № 2. P. 8-11.
14. *Sagdullayeva G.U.* Features of the course of disease in reacting positively to brucellosis // *Doctor's Herald*, 2015. № 2. P. 8-11.