



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№3 (89) 2016

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов***

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75
(99866) 231-00-39

Сайт

pbim.uz

e-mail

redaksiya@pbim.uz
sammi-xirurgiya@yandex.ru

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятлов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 26.08.2016.

Сдано в набор 28.09.2016.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 15,5

Заказ 267

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

УДК: 616-07.981.42(575.14)

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРУЦЕЛЛЕЗА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

М.К. ЯРМУХАМЕДОВА, М. АЧИЛОВА, Г. УЗАКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА БРУЦЕЛЛЁЗНИНГ КЛИНИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

М.К. ЯРМУХАМЕДОВА, М. АЧИЛОВА, Г. УЗАКОВА

Самарқанд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

CLINICAL CHARACTERISTICS OF BRUCELLOSIS IN SAMARKAND REGION

M.Q. YARMUHAMEDOVA, N. ACHILOVA, G. UZAKOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ушбу мақолада Самарқанд вилоятида бруцеллёз касаллигининг клиник кечиш хусусиятлари ёритилган. Ўткир бруцеллёз ўзининг белгиларини саклаб қолиши кўрсатилган: харорат, лимфа тугунларининг катталashi, гепатомегалиянинг бўлиши. Ёшга хос структура таҳлил килинганида, биринчи гуруҳда ўткир бруцеллёз билан 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар огриши ва 1 ёшгача бўлган болаларда ҳам учраши аниқланди.

Калит сўзлар: *бруцеллёз, клиника, диагностика.*

This article sanctified modern peculiarities of brucellosis in the Samarkand region. It is indicated that the acute brucellosis retains the characteristic symptom - complex: temperature reaction, hobbies lymph nodes, presence of hepatomegaly . In the analysis of the age structure revealed that in the first group with acute brucellosis affects children more often from 3 to 7 years, and there are cases of disease of children under 1 year.

Keywords: *brucellosis, clinic, diagnostics.*

Актуальность темы: Бруцеллез - острая, зоонозная, мультисистемная инфекция, вызванная бактериями рода *Brucella*, приносящая значительный экономический ущерб и обуславливающая высокий уровень инвалидизации больных [2]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире регистрируется полмиллиона новых случаев бруцеллеза у людей [6]. Главный источник инфекции - животные, включая мелкий и крупный рогатый скот. В большинстве случаев люди заражаются от домашних больных животных при употреблении мясомолочных продуктов или при контакте с ними (уход, кормление, убой и др.). Это обуславливает распространенность бруцеллеза во всем мире, и особенно в странах, где развито животноводство [2, 4,7].

В настоящее время, несмотря на достаточно высокий уровень эпидемиологического и эпизоотологического мониторинга, проводимые профилактические и противоэпидемические мероприятия, ситуация по бруцеллезу остаётся актуальной, особенно в сельской местности, так как заболевание охватывает молодой трудоспособный возраст, а также детей и подростков.

В Республиках Средней Азии и Казахстане, в том числе и в Узбекистане, где развито животноводство, ежегодно регистрируют случаи впервые диагностированного бруцеллеза как

среди взрослых, так и среди детей. При этом процент заболеваемости у детей намного ниже, чем у взрослых [3].

Анализируя данные специализированной литературы, следует отметить, что бруцеллез в различные возрастные периоды имеет особые клинические проявления. Большое значение в клинике имеют вопросы, связанные с изучением патогенеза бруцеллезной инфекции, в частности иммуногенеза, которые определяют течение и исход заболевания [8].

Клиника бруцеллеза у детей приближается к клинике этого заболевания у взрослых, но, в то же время, имеет некоторые отличительные особенности. Основные из них в том, что у детей значительно чаще в патологический процесс вовлекается лимфатическая система, изменения со стороны опорно-двигательного аппарата не столь обширны и глубоки, сравнительно редко отмечают поражения периферической нервной (в виде люмбаго, радикулитов, ишиалгий) и мочеполовой системы. По сравнению со взрослыми у детей реже диагностируют хронические формы бруцеллеза [10].

Таким образом, бруцеллез остается актуальной проблемой в здравоохранении всех государств мира, в том числе и Республики Узбекистан. Это обуславливает актуальность основательного изучения бруцеллеза с учетом совре-

менных особенностей диагностики, лечения и профилактики.

Цель работы: изучить особенности течения бруцеллеза в Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: В 2015 году в Самаркандской областной клинической больнице было обследовано 604 больных с бруцеллёзом, возрасте от 8 месяцев до 69 лет. Из них острый бруцеллёз был диагностирован у 144 (23,8%) больных, хронический у 460 (76,2%).

Обследование больных проводилось изучением жалоб, данных эпидемиологического и соматического анамнеза, оценки объективного состояния и лабораторным исследованием крови и мочи.

Диагноз подтверждался результатами бактериологического и серологического исследований крови (реакций Райта, Хеддельсона).

У всех обследованных нами больных был изучен эпидемиологический анамнез с указанием места проживания.

Результаты исследования: Анализ обращаемости обследованных показало, что из Самаркандской области поступило 498, Джизакской - 62, Кашкадарьинской - 36, Невоинской - 5, Сурхандарьинской - 3 больных бруцеллёзом.

Анализ эпидемиологического анамнеза показал, что 95,8% из обследованных больных бруцеллёзом из Самаркандской области - жители сельской местности, которые в хозяйстве содержали мелкий и крупный рогатый скот. У 64,2% больных источниками инфекции был мелкий, у 18,3% - крупный рогатый скот, а в 10,5% отмечен смешанный тип источника заражения. При этом в анамнезе у 7,0% больных указано на отсутствие в доме подсобного хозяйства, но указывают на употребление не пастеризованного молока. Распределение больных по районам было следующим: Пастдаргом 35 (7,3%), Иштыхан 36 (7,5%), Ургут 60 (12,6%), Жамбай 20 (4,2%); Тайлак 5 (1,0%); Нарпай 8 (1,7%); Самарканд сельский 23 (4,8%), Нурабат 115 (24,1%), Кушрабат 39 (8,2%); Пайарык 38 (7,5%), Булунгур 76 (15,9%); Акдарья 6 (1,3%); Каттакурган 17 (3,6%). Из выше приведенных данных видно, что чаще поступали больные Нурабада, где преобладает животноводство. Возможно внутриутробное инфицирование плода и заражение детей при кормлении грудным молоком (1)

Анализ возраста поступивших больных показал следующие данные: 27 (4,5%) больных от 0 - 7 лет, при этом отмечено преобладание мальчиков 20 (74,1%), тогда как число девочек составило 7 (25,9%), необходимо отметить, что детей в возрасте от 4 - 7 лет в два раза больше чем в группе от 0-3 лет. В этой группе больных

острая форма бруцеллеза установлена в 55,5% случаев, а хроническая - 45,5%.

В возрасте от 8-15 лет под наблюдением находились 63 (10,4%) детей. При этом мальчиков было 48 (76,2%), а девочек 15 (23,8%). В этой группе больных острая форма бруцеллеза установлено у 20 (31,7%) детей, а хроническая у 43 (68,3%) детей. Старше 15 до 69 лет наблюдались 514 (85,1%) больных. При этом у 109 (21,2%) из них диагностирована острая форма заболевания, хроническая у 405 (78,8%).

Распределение больных по полу в этой возрастной группе показало также преобладание мужчин 359 (69,8%) над женщинами 155 (30,2%). И это преобладание указывает на то, что они проводят время в возможных очагах заражения.

При изучении клинических проявлений у обследованных больных нами было установлено, что у подавляющего большинства (86,8%) острым бруцеллёзом во всех группах заболевание началось с повышения температуры. Повышение температуры 38 и выше отмечено у 42,2% (61) больных, субфебрильная у 83 больных, что составляет 44,6%. У 90,1% больных повышение температуры сопровождалось ознобом, резко выраженной потливостью у всех больных сохранившейся на всем протяжении заболевания.

При объективном осмотре наблюдали увеличение лимфатических узлов 69,4% больных при этом подчелюстные узлы увеличены у 16,7% подмышечные у 22,3%, паховые 30,4% больных. Лимфатические узлы были средней консистенции, безболезненные, величиной с горошину.

Со стороны органов дыхания патологии связанные с основным заболеванием нами не выявлено. 8,4% больных беспокоил кашель, они поступили с диагнозом ОРВИ.

Исследования сердечно - сосудистой системы показали тахикардию и систолический шум у 16,3% и приглушенность сердечных тонов у 41,7%.

При изучении паренхиматозных органов была установлена гепатомегалия 85,4% спленомегалия в 11,1%.

Со стороны опорно - двигательного аппарата больные предъявляли жалобы на боли в мышцах (6,9%) и суставах (80,6%). При осмотре суставов нет отека и покраснения кожи.

Изменение со стороны вегетативной нервной системы во всех группах больных проявлялись слабостью (100%), и потливостью (73,3%). На головную боль жаловались 79,9% больных, при этом это симптом у взрослых выявлен чаще (4,3%; 13,1%; 82,6%).

При выполнении бактериологического исследования из 604 больных бруцеллеза из крови 4-ых была выделена культура *Bt. mellitensis*.

При исследовании общего анализа крови при остром бруцеллезе диагностирована гипохромная анемия у 68,8%; незначительное повышение СОЭ в 50% случаев, умеренная лейкопения у 17,3%, лейкоцитоз 2,8%, у остальных больных показателей лейкоцитов нормальные.

Результаты серологического исследования сыворотки крови - реакция Хеддельсона положительны были у всех обследованных больных: при этом резко положительная реакция наблюдалась в 54,9% случаев, в 39,6% полож., в 5,5% слабopоложительный. Реакция агглютинации Райта была у 19,4% положительно в титре 1:200, у 41,7% -1: 400, у 34,4% - 1 : 800, у 4,5%-1:1600.

Хронический бруцеллез очень часто протекает вяло с периодами обострения и ремиссии. В период обострения у пациентов температура тела повышается до субфебрильных цифр, появляется ноющие боли в суставах, потливость, увлечение периферических лимфатических узлов [3,4].

Под нашим наблюдением находились 460 больных с хроническом бруцеллезом. При изучение клинических проявлений у обследованных больных нами было установлено: нормальная температура - у 11,1%, у 55% (253) - субфебрильная температура, у 33,9% - отмечено повышение температуры выше 38°C. Большинство больных (87,8%) жаловались на резкую выраженную потливость. По данным некоторых авторов температурная реакция и другие проявления интоксикация слабы и умеренно выражены [1,2].

Увеличение лимфатических узлов выявлено у 81,4% больных. При этом увлечены все группы, с преобладанием паховых лимфоузлов.

Со стороны органов особой патологии не выявлены в группе взрослых больных 4,3% больных страдали хроническим бронхитом.

Исследования сердечно - сосудистой системы показали тахикардию и систолический шум у 19,7% и приглушенность сердечных тонов у 53,7%. При обследовании брюшной полости гепатомегалия определялось 67,8% и спленомегалия в 1,3% случаев.

Больные жаловались с хроническим бруцеллезом на боли в мышцах (18,9%) и боли коленных, тазобедренных, голеностопных, плечевых, локтевых и лучезапястных суставах. Анализ поражение суставов показал преобладание артралгии крупных суставов (78,4%). У 42% взрослых признаки фиброза в плоскостно-крестивой области.

Изменение со стороны вегетативной нервной системы во всех группах больных проявлялись слабостью (100%), и потливостью а также головной болью (83,6 %), нарушением сна, раздражительностью (32,1%). Поражения нервной систем в виде проявлялись в виде плекситов (%), ишиорадикулитов.

Результаты общего анализа крови было таким: гипохромная анемия у 66,5%; повышение СОЭ от 10 до 25 45,7% случаев, лейкопения у 17,3%, лейкоцитоз 2,8% пациентов. Показатели пластинчатой реакции агглютинации Хеддельсона были: резко положительная реакция наблюдалась в 53,5% случаев, в 46,3% полож., в 0,2% слабopоложительный. Реакция агглютинации Райта в пробирках: была у 53,0% положительно в титре 1:200, у 39,3% -1: 400, у 6,1% - 1 : 800, у 1,6%-1:1600.

Приводим клинический пример. *Больной М. 8 месяцев диагнозом Бруцеллез острая форма средне-тяжелое течение (РА-1:400, РХ-полож.). Ребенок поступил в стационар на 11 день болезни. Лечили с диагнозом ОРВИ. При поступлении состояние средне тяжелое. Жалобы со слов матери на повышение температуры до 38, капризность ребенка, выраженную потливость. Из анамнеза ребенок от 1-ой нормальной беременности и родов. Привит по возрасту. Находится на грудном вскармливании. Мать страдает хронической формой бруцеллеза. Впервые диагноз матери установлен, когда ребенку было 1месяц. Через 3 месяца она получала повторное лечение. При осмотре больного кожные покровы чистые бледноваты. Периферические лимфоузлы с горошину безболезненные подвижные. Костно-суставная система признаками рахита 1 степени. В легких жесткое дыхание проводные хрипы. Тоны сердца приглушены, чистые. Пульс 140 в мин. Живот мягкий печень+4 по всем линиям. Анализ крови при поступлении: Нв-88,0 г/л, эр-2,98 x 10/12л, Л-6,7 x 10/9л, э-5%, л-31%, м-3%, т/я- 4%, с/я-57%, СОЭ-8 мм/час. Анализ мочи без патологии. Реакция Райта - 1:400, реакция Хеддельсона - полож. Реакция Роз-Бенгалия - резко полож.*

Выводы:

1. Острый бруцеллез сохраняет характерный симптомо-комплекс: температурная реакция, увлечения лимфатических узлов, наличии гепатомегалии.
2. При анализе возрастной структуре в первой группе острым бруцеллезом болеют дети чаще с 3 до 7 лет и есть случаи дети до 1 года.

Литература:

1. Аманфу В. Наблюдения за бруцеллезом и борьба с ним: роль ФАО / В. Аманфу, Ахмед Эль-Идрисси // Семинар по проблемам бруцеллеза людей и животных Казахстана, Узбекистана и Грузии (19-22 июня 2004 г.). - Алма-Ата, 2004
2. Аманфуз В. Обзор эпидемиологии бруцеллеза в отдельных странах / В. Аманфуз, Д. Уорд, Л. Пите // Семинар по проблемам бруцеллеза людей и животных Казахстана, Узбекистана и Грузии (19-22 июня 2004 г.). - Алма-Ата, 2004
3. Амиреев С.А. Применение социально-экологической концепции эпидемиологического процесса в изучении и борьбе с бруцеллезом / С.А. Амиреев, Т.А. Грушина // Эпидемиология и инфекционные болезни. - М., 2008. № 1. С. 35-38
4. Атаходжаева д.Р. Клинико-иммунологическая характеристика острого бруцеллеза у детей // Запорожский медицинский журнал. - 2013.- № 6(81) - С. 6-9.
5. Ахмадбекова С.Ш. Ситуация по бруцеллезу в Таджикистане остаётся тревожной / С.Ш. Ахмадбекова, Х.Х. Махмадуллаев // Материалы международного рабочего совещания «Бруцеллез - пограничная инфекция животных и человека, требующая общих усилий разных стран» (2-3 июня 2008 г.). - Серпухов, 2008. - С. 5.
6. Ахмедова М.Д. Иммунная система у больных бруцеллезом / М.Д. Ахмедова. - Махачкала, 2007. - 169 с.
7. Григорян С.Л. Распространенность бруцеллеза в Республике Армения / С.Л. Григорян, А.Р. Мкртчян // Материалы международного рабочего совещания «Бруцеллез – пограничная инфекция животных и человека, требующая общих усилий разных стран» (2-3 июня 2008 г.). Серпухов, 2008. - С. 45.
8. Желудков М.М. Эпидемиология бруцеллеза в России / М.М. Желудков, Л.Е. Цирельсон, Ю.К. Кулаков // Сборник материалов научно-практической конференции «Актуальные вопросы зоонозных инфекций». - Уланбатор, 2008. - С. 53-60.
9. Кулжанова Ш.А. Содержание интерферонов у больных бруцеллезом / Ш.А. Кулжанова, Л. А. Муковозова, Е.М. Смаилов // Наука и здравоохранение. - 2008. - С. 73-74
10. Покровский В.И. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке: рук. для врачей / В.И. Покровский, Г.Г. Онищенко, Б. Л. Черкасский. - М., 2003. - 664 с.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
БРУЦЕЛЛЕЗА В САМАРКАНДСКОЙ
ОБЛАСТИ**

М.К. ЯРМУХАМЕДОВА, М. АЧИЛОВА,
Г. УЗАКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В данной статье описаны современные особенности течения бруцеллеза в Самаркандской области. Указано, что острый бруцеллез сохраняет характерный симптомо-комплекс: температурная реакция, увлечения лимфатических узлов, наличие гепатомегалии. При анализе возрастной структуре выявлено, что в первой группе острым бруцеллезом болеют дети чаще с 3 до 7 лет и есть случаи заболевания детей до 1 года.

Ключевые слова: бруцеллез, клиника, диагностика.