

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Фарманова М.А., Касымов И.А., Атаходжаева Д.Р., Зайниддинова М.Б.,

Бухарский Государственный Медицинский институт,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

✓ Резюме,

Целью нашего исследования заключалось выявлению особенности эпидемического процесса, клинических течений бруцеллёза в современных условиях и разработать критерии прогнозирования заболеваемости. При анализе заболеваемости изучено больные и 94 историй болезни (форма №003/у) с определением источника возбудителя инфекции, путей и условий заражения, возраста и характера профессиональной деятельности, заболевших бруцеллёзом.

Ключевые слова: бруцеллез, эпидемиология, клинические проявления, органопатология.

БРУЦЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Фарманова М.А., Касымов И.А., Атаходжаева Д.Р., Зайниддинова М.Б.,

Бухоро Давлат тиббиёт институти, Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Изданишимиз мақсади, бруцеллёз касаллиги эпидемик жараёнинг хусусиятлари, ҳозирги даврда клиник кечимлари ва касаллик оқибатлари прогноз мезонини аниқлашдан иборат. Назорат остида 94 нафар бруцеллёз билан касалланган беморлар касаллик тарихи (форма №003/у), касаллик қўзғатувчиси ўчоғи юқиш йўли ва воситаси, ёши ва касбий фаолияти клиник кечимлари, лаборатор кўрсаткичлари таҳлил қилинди.

Калит сўзлар: бруцеллез, эпидемиология, клиник белгилар, органопатология.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF BRUCELLOSIS AT THE PRESENT STAGE

Farmanova M.A., Kasimov I.A., Ataxodjayeva D.R., Zayniddinova M.B.,

Bukhara State Medical Institute, Tashkent Pediatrics Medical Institute.

✓ Resume,

Epidemiological procedure, clinical-specific brucellosis in physiological and excretory criteria and prognostic criteria. In the analyzed morbidity, patients and 94 hot tubes (form No. 003 / y) with impedance were studied, guarantee rejection, an infectious disease, rotting and characteristic, severe brucellosis.

Keywords: Brucellosis, epidemiology, clinical manifestation, organopathology

Актуальность

Бруцеллёз среди зоонозных инфекции был и остается одной из актуальных проблем для органов здравоохранения ряда государств, в том числе для республик Средней Азии и Узбекистана, где наблюдается неравномерные распространения бруцеллёза по различным регионам, которое зависит от климатогеографических условий, что является одним из основных факторов, влияющих на возникновение и развитие эпизодического и эпидемического процессов. Эпидемиологическая и эпизоотологическая ситуация по бруцеллезу остается сложной социально-экономической проблемой. Истинную картину его распространённости трудно оценить. По данным ВОЗ (1997), в мире регистрируется ежегодно более 500000 случаев бруцеллёза у людей; оценочное число в 10-25 раз больше. В эндемичных странах уровень заболеваемости превышает 10 случаев на 100000 населения.

Высокая медико-социальная и экономическая значимость данного заболевания определяется особенностями течения с развитием хронических форм, длительной потерей трудоспособности, инвалидизацией, а также основным поражаемым контингентом - трудоспособным населением в возрасте от 20 до 60 лет, что связано с социальными причинами и профессиональными факторами.[1-3]

В Республике Узбекистан в 2001-2017гг. заболеваемость людей бруцеллёзом варьировалась от 1,8 до 2,8 на 100 тыс. населения. Неблагополучными территориями по заболеваемости людей являются 6 областей республики. Показатели заболеваемости составили в 2017 году в Сурхандарьинский области-9,6, в Джизакский области-8,0, в Навоинской области-7,9, в Бухарской области-5,6, в Сырдарьинский области-4,5 и в Кашкадарьинской области-4,3.[4]

В свою очередь в Республике Узбекистан выделено 5 экономических районов- Ташкентский, Ферганский, Зарафшанский, Сурхандарьинский, Нижнеамударьинский. В состав Ташкентского экономического района входит Ташкентский, Сырдарьинский, Джизакский вилояты г. Ташкент. Ферганский экономический район объединяет Ферганский, Андижанский и Наманганский вилояты. Зарафшанский экономический район включает Бухарский, Самаркандский, Кашкадарьинский и Навоийский вилояты. Нижнеамударьинский экономический район включает Республику Каракалпакстан и Хорезмский вилоят. Сурхандарьинский экономический район распространяется только на одноименный вилоят.

Каждый экономический район Узбекистана имеет свои особенности и это, несомненно, играет роль в развитии эпизодического, а значит и эпидемического процесса при бруцеллезе. Так, например, в Зараф-

шанском экономическом районе природные условия различны и зависят от климатогеографического расположения территории - в западной части равнинные пространства, пустыни, степи; на востоке местность постепенно переходит в предгорья и горы Туркестанского, Зарафшанского и Гиссарского хребтов. Пустыни простираются в южном направлении и переходят в степи Каршинскую, Карнап-Чульскую, Джамскую. Эти земли-пастбища для каракульских овец. [7]

В Республике в Зарафшанском экономическом районе в течение нескольких десятков лет отмечается самая высокая заболеваемость по бруцеллезу. Высокая заболеваемость также отмечается и в Джизакском вилояте, относящийся к Ташкентскому экономическому району, но следуют подчеркнуть, что раньше Джизакский вилоят входил в состав Самаркандской области как один из районов. В указанных территориях наблюдается исторический сложившийся эпизоотические неблагополучия по бруцеллезу связанные с животноводческой ориентацией сельского хозяйства, т.к. более 60% сельскохозяйственных животных расположены на территории этих вилоятов. Здесь и концентрируются каракулеводческие хозяйства Узбекистана, а также очень высокий вес скота принадлежащего частному сектору.

На указанных территориях Республики интенсивный показатель заболеваемости бруцеллезом превышал в отдельные годы 24,16 (на 100 тыс. населения), не спускаясь ниже 3,0 даже в благополучные периоды.

На современном этапе еще больше усложняются эпизоотические и эпидемиологические ситуации по бруцеллезу из-за расформированных государственных хозяйств-овцеводческих (ОТФ) и молочнотоварных (МТФ) фермы. [5-6]

Образовался новый тип хозяйства-фермерские хозяйства, выросло количество скота, особенно в индивидуальных хозяйствах. Так, например, в целом по Республике по сравнению к 2004 году, в 2009 году количество КРС выросло почти на 1 млн.голов, а МРС на 5 млн. голов.

При таком типе ведения хозяйства, не защищенные слои населения стали еще больше участвовать в ведении хозяйства, т.е. несовершеннолетние дети. И самое главное не осуществляется ветеринарный контроль над животными и эпидемиологический надзор за работниками ухаживающих за этими животными, т.к. их не считают профессиональным контингентом из-за отсутствия МТФ и ОТФ.

В связи с чем, постепенно активизируется бруцеллез среди населения, участились случаи острого бруцеллеза, достаточно регистрируется заболевание среди детей до 14 лет и часто стали наблюдаться семейные случаи заболевания (до 8-14 больных в одной семье).

С учетом вышеизложенного нами проведен ретроспективный анализ заболеваемости бруцеллезом по экономическим районам Республики за период с 1990 по 2009 года. Для того чтобы четко следить за подъемом заболеваемости по Республике, анализируемые годы мы разделили на 4 пятилетия: 1990-1994; 1995-1999; 2000-2004 и 2005-2009 года. [8-9]

Установлено, что как мы неоднократно указывали в наших предыдущих работах, показатель заболеваемости остается высоким в прежних эндемичных регионах Республики, среди которых лидирующими

остаются Зарафшанский и Ташкентский экономический районы.

Цель исследования - выявить особенности эпидемического процесса бруцеллеза в современных условиях и разработать критерии прогнозирования заболеваемости данной патологией в Узбекистане.

Материал и методы

При анализе заболеваемости бруцеллезом в Республике Узбекистан за 2010-2016 гг. использованы данные Республиканского центра Госсанэпиднадзора. Проведено эпидемиологическая оценка 94 историй болезни (форма №003/у) с определением источника возбудителя инфекции, путей и условий заражения, возраста и характера профессиональной деятельности заболевших бруцеллезом в 2010-2016гг.

При изучении эпизоотологической обстановки в республике были использованы данные управления ветеринарии министерства сельского и водного хозяйства Республики Узбекистан.

Результат и обсуждение

Как показали результаты исследований, в структуре заболеваемости зоонозными инфекциями в Республике Узбекистан по среднескользящим данным в период с 2010-2016 гг. доля бруцеллеза составила 5 % от общей суммы зоонозных инфекций. Анализ многолетней динамика заболеваемости бруцеллезом в республике (2010-2016 гг.) выявил, что высокие уровни заболеваемости регистрировались в 2006 - 2007 гг. (163,0 на 100тыс. населения), 2012 (24, 0 на 100 тыс. населения), 2014 г. (5,6 на 100 тыс.). При этом среднескользящий темп снижения составил в 2006-2015 гг. 50,5-38,5 %. Распределение заболеваемости по областям республика характеризовалось неравномерностью. Высокий уровень заболеваемости регистрировался в Бухарской и Сурхандарьинской областях, где особенно развито Каракульство. Средний уровень заболеваемости данной патологией был в Ташкентской, Джизакской, Андижанской областях. К регионам с низкой заболеваемостью относились Хорезмская, Самаркандская, Ферганская области. Всего за период исследования на территории Узбекистане по бруцеллезу крупного и мелкого рогатого скот было зарегистрировано в общественном секторе 21 неблагополучный пункт (20%) и 51 пункт в индивидуальном 98 (80%) секторе животноводства.

Следует отметить, что диагностические исследования и прививочная работа среди животных индивидуального и общественного сектора животноводства проводятся не полном объеме.

Высокие уровни заболеваемости бруцеллезом среди крупного рогатого скота регистрировались в 2006 году (746 случаев), 2008 г. (577 случаев) 2011-2012 гг. (112-114 случаев).

Немаловажным прогностическим признаком заболеваемости бруцеллезом среди животных в республике является нарастание процента реагентов (положительно реагирующих животных на бруцеллез, исследованных серологическими методами: реакцией агглютинации и реакцией связывания комплекента).

Нарастание процента реагентов отмечается в регионах с повышенной и средней степени заболеваемости.

Доля сельского населения в структуре заболеваемости бруцеллезом за 2006-2015 гг. составила 86% от общего числа случаев.

По результатам исследования в сельской местности было установлено, что в структуре заболеваемости преобладало мужское население (72%). В последнее время было отмечено увеличение до 87% доле лиц трудоспособного возраста, заболевших бруцеллезом. Основной группой риска по возрасту в эти годы стали лица 30-39 лет ($1,31 \pm 0,36$ на 100 тыс. населения). Во всех остальных группах заболеваемость составила: до 10 лет ($0,09 \pm 0,06$ на 100 тыс. населения), 10-19 лет ($0,35 \pm 0,11$ на 100 тыс. населения), 20-29 лет ($1,25 \pm 0,43$ на 100 тыс. населения), 40-49 лет ($0,92 \pm 0,26$ на 100 тыс. населения), 50-59 лет ($1,07 \pm 0,43$ на 100 тыс. населения) и 60-69 лет ($1,04 \pm 0,09$ на 100 тыс. населения).

Ведущим источником возбудителя инфекции для сельских жителей республики в последнее время являлся мелкий рогатый скот (62%). Основным путем заражения людей был контактно-бытовой (77,0 %). Однако не исключается возможность реализации 4 других путей заражения (пищевой - 5%, воздушно-пылевой - 1%, сочетанный - 9%).

При исследовании заболеваемости среди лиц различных профессий выявлено следующее. Лица, профессионально не связанные с уходом за животными, составили 63%. В группе лиц, профессионально связанных с уходом за животными, лидирующее положение в первые заняли ветеринарные работники как среди женщин (55%), так и среди мужчин (58%). Среди сельского населения нарастание заболеваемости начинается с января месяца, постепенно достигая своего максимума в апреле ($0,078$ на 100 тыс. населения), что связано с отелом. Затем уровень заболеваемости постепенно снижается и второй пик заболеваемости регистрируется в июле ($0,068$ на 100 тыс. населения), что связано с употреблением пищевых продуктов. Третий пик заболеваемости бруцеллезом регистрируется в сентябре ($0,03$ на 100 тыс. населения), что обусловлено также потреблением мясомолочных продуктов.

Выявлены изменения в клинической картине бруцеллеза. Боль в мышцах в начале заболевания в исследуемый период имела место в 3,4% случаев против 3,2 % в 2000-2005 гг., положительные серологические реакции - 11,7 % случаев и в 3,2 % соответственно. Такие симптомы, как потливость - 29,8%, боль в суставах - у 33,3%, озноб - у 16,1%, боль в пояснице - у 3,3% против 35,5; 41,9; 20,0 и 12,9 соответственно, нормальная температура тела - у 36,7 % больных у 35,5%, ($p < 0,05$).

Гепатомегалия была обнаружено у 66,7 %, увеличение селезенки - у 30% больных, ранее данные симптомы были у 87,1% и 48,4% больных соответственно, ($p < 0,05$). Боль в пояснице, боль в суставах как симптомы в последнее время встречались у 6,7% и 56,7 % больных соответственно у 16,1 % и 64%, ($p < 0,05$). Длительность лихорадки в 2006-2015 гг. сократилась до

$5,4 \pm 0,65$ дней ($11,4 \pm 3,5$ дней, $p < 0,05$), лимфаденита - $6,21 \pm 1,22$ дней ($5,88 \pm 0,67$ дней, $p < 0,05$), гепатомегалия - $7,13 \pm 1,02$ ($13,61 \pm 1,38$ дней, $p < 0,05$), спленомегалии - $7,06 \pm 1,46$ ($7,47 \pm 1,45$ дней, $p < 0,05$), боль в суставах - $4,56 \pm 0,76$ дней ($10,82 \pm 1,95$ дней, $p < 0,05$).

Выводы

1. Современными особенностями эпидемиологии бруцеллеза являются: моноэтиологичность (выделение от животных и человека одного вида возбудителя - *Br. melitensis*); преобладание в качестве источника возбудителя инфекции мелкого рогатого скота в индивидуальном секторе животноводстве.

2. Клинические проявления бруцеллеза в современный период характеризуются более легким течением, меньшей продолжительностью преобладанием острых форм.

3. В структуре заболевших увеличивается число лиц, профессионально не связанных с животноводством, заражение которых происходит от скота индивидуального сектора животноводства.

4. Основными предпосылками активизации заболеваемости бруцеллезом среди людей являются: увеличение количества больного скота в индивидуальном секторе животноводства и процента положительно реагирующих на бруцеллез животных, что может быть использовано при прогнозировании эпидемического процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедова М.Д., Мирзаева М.А. Диагностические особенности бруцеллеза в эндемичном регионе Республики Узбекистан // Клиник, санитар, микробиология ва эпидемиологиянинг долзарб муаммолари. - Ташкент, 2009. - С 56
2. Юшук Н.Д., Венгеров Ю. Я. Бруцеллез. Лекции по инфекционным болезням. Т.1,2-е изд., перераб. И доп. М.: ВУНМЦ, 1999 С322-38.
3. Pappas G.P.P. The new global map of human brucellosis. Lancet Infect Dis, 6: 2006 91-99.
4. Клиническое практическое руководство по бруцеллезу Ташкент - 2018 С 118-119.
5. Мирзаева М.А. К вопросу эпидемиологии бруцеллеза в современных условиях // Клиник, санитар, микробиология ва эпидемиологиянинг долзарб муаммолари. - Ташкент, 2009. С 56.
6. Имамалиев У.Н. Совершенствование противоэпидемических мероприятий, заболеваемости бруцеллезом по Республике Узбекистан // Актуальные вопросы инфекционных заболеваний, вторичные иммунодефициты и их коррекция. - Ташкент, 2001. С.140.
7. Касымов О.Ш., Имамалиев У.Н. Разработка и внедрение в практику системы эпизоотолого - эпидемиологического надзора за бруцеллезом // Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний. Сб. научных трудов V международной конференции. - Ташкент, 1997. С.71.
8. Михайлов Л.М., Калиновский А.И., Балахонов С.В., Андреевский Н.М., Михайлова В.А., Шестопалов М.Ю. и др Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2010; 2(51): 23-9. Россия.
9. Экономическое районирование Узбекистана. -Ташкент, 1966. С 249.

Поступила 09.02. 2020