

БРУЦЕЛЛЕЗ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК - ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ИҚТИСОДИЙ ЖИҲАТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Касимов И.А., Шаджалилова М.С., Фарманова М.А., Шамансурова Ш.Ш.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Абу Али Ибн Сино номли Бухора давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Бруцеллез инфекцияси билан оғриган 60 нафар катта ёшли беморларнинг клиник кузатувимиз асосида, касалликнинг эпидемиологик хусусиятлари, клиник кечиши ва таъхисотидаги олинган натижалари таҳлил қилинди. Олинган натижаларимиз ўткир бруцеллез билан касалланганларнинг 24 (40%) ҳолларда 18-30 ёшгача бўлганлар ва касалланиш эркаклар орасида аёлларга нисбатан 2 баробар кўп қайд этилганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: Ўткир бруцеллез, эпидемиология, клиника, симптомлар

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Касимов И.А., Шаджалилова М.С., Фарманова М.А., Шамансурова Ш.Ш.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ Резюме,

Нами было проведено клиническое наблюдение 60 больных бруцеллезной инфекцией у взрослых. Проанализировано эпидемиологические особенности заболевания, клиническое течение и результаты полученные при диагностике. Результаты показали, что 24 (40%) случаев острого бруцеллеза регистрировалось у мужчин в возрасте 18-30 лет, причем заболеваемость была в 2 раза выше среди мужчин, чем среди женщин.

Ключевые слова: Острый бруцеллез, эпидемиология, клиника, симптомы.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AND EVALUATION OF ECONOMIC PARAMETERS IN BRUCELLOSIS INFECTION

Kasimov I.A., Shadjalilova M.S., Farmanova M.A., Shamansurova Sh.Sh.,

Tashkent Pediatric Medical Institute. 223, Bagishamal street, Tashkent, 100140. <http://tashpmi.uz>
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>.

✓ Resume,

Based on our clinical observations, 60 adult patients with brucellosis infection analyzed the epidemiological characteristics of the disease, the clinical course and the results obtained during the diagnosis. The results showed that in 24 (40%) of cases of acute brucellosis, the incidence was recorded among men aged 18-30, and the incidence was 2 times higher among men than among women.

Key words: Acute brucellosis, epidemiology, clinic, symptoms.

Актуальность

Материал и методы

На сегодняшний день проблема бруцеллеза считается весьма актуальной для стран с развитой животноводческой отраслью сельского хозяйства. 80 % случаев острого бруцеллеза хронизируются, а 35 % больных становятся инвалидами. В связи с чем бруцеллез был и остается актуальной для органов здравоохранения ряда государств мира, в том числе для республик Средней Азии и Узбекистана [2,3,4]. В Республике Узбекистан в течение последних 20 лет высокая заболеваемость отмечается в отдельных вилоятах, таких как Бухарский, Кашкадарьинский, Джизакский, которые являются исторически сложившимися энзоотически неблагополучными. Чаще всего заболевают лица молодого трудоспособного возраста, что наносит урон социально-экономической стороне и является ещё одним аспектом актуальности этой проблемы [1,5].

Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей течения острых форм бруцеллеза.

Нами было проведено клиническое и эпидемиологическое обследование 60 больных острым бруцеллезом, находившихся на стационарном лечении в клинике НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний (НИИЭМИЗ) МЗ РУз. Диагноз устанавливали на основании клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных серологическими реакциями Райта, Хеддльсона и РПГА и бактериологическим методом. Для характеристики больных мы пользовались классификацией Н.И.Рагозы, дополненную В.М.Маджидовым. Экономические параметры рассчитаны на кафедре эпидемиологии, инфекционных болезней ТашПМИ на базе Уз НИИЭМИЗ в среде программного модуля "Econ" при исследовании статистических данных о заболеваемости в целом, охвате и длительности госпитализации, стоимости койко-дня, величине заработной платы медицинских работников и т.д.

Результат и обсуждение

Вопросом большого теоретического и практического значения является исследование клинического статуса взрослого организма больных бруцеллезом в возрастном аспекте. Согласно возрастной структуры больных нами установлено, что в большинстве случаев зараженность острым бруцеллезом наблюдается

среди трудоспособного возраста. Так пик заболеваемости приходится на возрастной период от 18 до 30 лет и составляет 40%. По полу преобладали мужчины. Как видно из рисунка 1, острый бруцеллез в 2 раза чаще встречался среди больных мужского пола по сравнению с женщинами (66,7% и 33,3% соответственно) (рис.1).

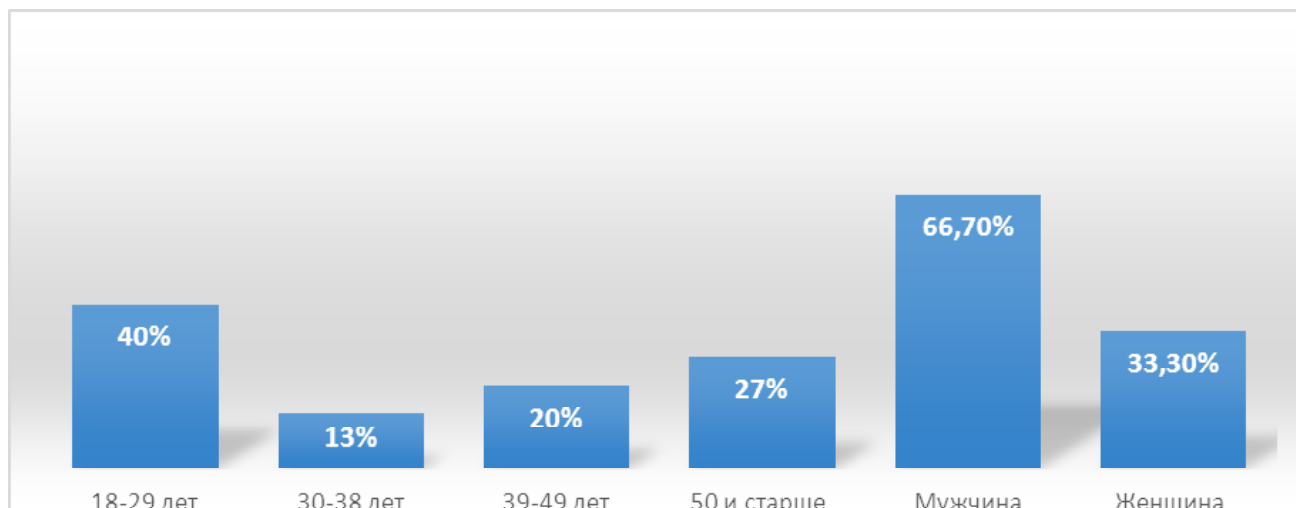


Рис 1. Возрастная - половая структура обследованных больных

При первичной эпидемиологической диагностике острого бруцеллеза у 46,6% больных установлен профессиональный характер заболевания с контактным путем заражения: 20% - фермеры, которые не получали специфическую профилактику, не всегда пользовались средствами мясного сырья; 26,6% - домохозяйки (дойarki) во время ухода за крупным рогатым скотом, в контакте с больными животными, их выделениями. У 8,3% больных алиментарный путь заражения: употребление в пищу некипяченого молока и сырых молочных продуктов (брынза, сливки, сметана и др.)

Следует отметить, что остается высоким удельный вес больных (54,1%) среди владельцев индивидуального сектора.

Одной из эпидемиологических особенностей острого бруцеллеза является сезонность, что связано с временем окота, отела, абортa и др. Анализ сезонности бруцеллезом показывает, что наивысший подъем заболеваемости острым бруцеллезом наблюдается в весенне-летний сезон. При анализе условий проживания больных нами было отмечено, что все наблюдаемые больные были жителями села.

Основными источниками острого бруцеллеза среди обследованных являлись крупный рогатый скот и мелкий рогатый скот. Однако преобладающая роль при этом принадлежит мелкому рогатому скоту, более чувствительным к бруцеллам.

У всех больных диагноз был установлен на основании серологических исследований. Результаты серологической реакции приведены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты серологической реакции у обследованных

Всего больных	РАЙТА (Титры)				Хеддельсон	
	1:100	1:200	1:400	1:800	положительная	Резко положительная
60	2	28	26	4	32	28
100%	3,3	46,7	43,3	6,7	53,3	46,7

Как видно из таблицы 1, реакция Райта у 100% больных острым бруцеллезом была положительной в различном диагностическом титре, однако чаще свойственны были разведения в титрах 1:200 (46,7%) и 1:400 (43,3%) случаях. Реакция Хеддельсона была положительной. Из 60 больных у 12 (20,0%) больных диагноз был установлен бактериологическим методом. При этом обнаружен рост *Brucella melitensis* у 8 и у 4 больных выделена *Brucella abortus*.

У большинства больных в анамнезе имелись: хронический холецистит (25,0%), лямблиоз кишечника и энтероколиты (15,0%), сахарный диабет 2-го типа (5,0%), ОРВИ (16,6%) гипохромная анемия I - II степени (23,3%), которые отягощали течение основного заболевания.

В ходе выполнения работы нами было выявлено большой процент нераспознанного острого бруцеллеза: из 60 больных, находившихся под нашим наблюдением с неправильным диагнозом получали лечение

35 (58,3%). Чаще всего ошибочно диагностировали заболевание органов дыхания (ОРВИ, бронхит) - 11 (31,4%), лимфаденопатия неясной этиологии - 4 (11,4%), ревматизм - 4 (11,4%) заболевание печени и желчевыводящей системы (хронический холецистит, холецистопанкреатит) - 10 (25,5%) артриты, радикулит - 6 (17,2%). Неправильная диагностика привела 58% случаев к поздней госпитализации.

В результате клинического обследования с учетом сроков инфицирования и эпидемиологического анамнеза нами был установлен у 39(65%) больных острый бруцеллез с сочетанным поражением костно-суставной и нервной систем, а у 21(35%) - с преимущественным поражением костно-суставной системы. Оценивая тяжесть состояния обследованных больных, нами было отмечено, что у больных в большинстве случаев острый бруцеллез протекал в среднетяжелой форме (28,3% и 71,7% соответственно). Общее самочувствие больных острым бруцеллезом, как правило страдало не сильно, даже в период высокой лихорадки, что является характерным признаком острого бруцеллезного периода инфекции. Жалобы в начале заболевания были разнообразными такие, как чувство общей слабости (89,0%), озноб (до 90%), потливость (до 91%), различные болевые ощущения (до 35,0%). На суставные боли легкого характера без объективных изменений в суставах жаловались до 35,0% больных. На боли в поясничном отделе позвоночника - 3%, на нервно - мышечные боли 1,0% больных.

Среди обследованных нами больных острым бруцеллезом у 54 (90,0%) больных заболевания началось остро (постепенное начало у 10,0%) с высокой температурой у 56 (93,3%), сопровождавшиеся ознобом 54 (90,0%) и потливостью 56 (93,3%). У 52 (86,6%) больных также отмечалась головные боли и слабость. Характер температурных кривых был различным. Наблюдалось волнообразный (53,0%), фебрильный (35,0%) и субфебрильный (6,6%) тип лихорадки. Как показывают наши данные, после начала антибиотикотерапии у 57 (95,0%) больных лихорадка угасала на 4-й - 5-й день, а у остальных 5,0% больных она продолжалась до 6 - 7 дней. Вслед за исчезновением лихорадки исчезал и озноб. Однако потливость у 90,0% больных с острым бруцеллезом сохранялась дольше до 20 дней.

Среди обследованных больных у 54% наблюдали поражения центральной системы. Для острой формы бруцеллеза характерным является вегето- сосудистые "нарушения, при котором преобладают симптомы раздражения, особенно парасимпатического отдела, которые проявлялись в виде гипотонии (6,4%), гипергидроза (1,7%). У (85,2%) обследованных нами больных мы наблюдали влажность на ладонях рук и изредка (2%) бледность кожных покровов.

При обследовании больных мы наблюдали увеличение подчелюстных желез в 5,3%", подмышечных - в 50%, паховых - в 90%. Лимфатические узлы сохраняли эластичную консистенцию, безболезненные или слабо болезненные, размером от 1,0 - 1,5 до 2,0 - 3см.

У 78,9% (86) больных мы наблюдали приглушение сердечных тонов, глухость тонов - у 2,8% (3), которые были отчетливыми при сильно выраженной общей интоксикации. В разгаре лихорадочной реакции, особенно у больных с сопутствующими заболеваниями выслушивался функциональный систолический шум (у 3,1%), который исчезал с падением температуры. В ритме сердечных сокращений стойких наруше-

ний не наблюдали. У 78,0% больных наблюдалась тахикардия, у 2,8%) (3) брадикардия, данные имели динамику нивелирования с исчезновением интоксикации в организме. У наших больных понижение артериального давления отмечалось в 6,4% (7), а повышение в 9,2% (10) больных.

В разгаре лихорадочного периода у наших больных мы наблюдали снижение аппетита (у 35%), изредка тошноту (2%). Язык обычно влажный, слегка обложенный, живот мягкий, безболезненный. У 3-х больных отмечался запор.

Мы отмечали увеличение печени в различной степени у 65,0% (39,0) больных, из них у (20,0%) (8) - печень находилась по краю реберной дуги на 1- 2см, у 17,9%(7) - на 2,1 - 3,0см. У большинства больных печень была мягкая или средней плотности, безболезненная, только у 17,9% (7) больных, печень была плотноватая и чувствительная при пальпации. Среди обследованных 60 больных острым бруцеллезом у 43,3% (26) выявили увеличение селезенки, дуги на 0,5 - 1,0 см. У 3,7%) (4) выявлена умеренная спленомегалия. У наших больных мы не наблюдали особых изменений со стороны почек и мочевыводящих путей. Однако в разгаре лихорадочного периода у 8,3% больных наблюдали легкое альбуминурия (следы). С падением температуры изменения в моче исчезали. Поражения половой сферы для бруцеллеза, является характерной чертой. Мы наблюдали орхиты у 3 (7,5)% мужчин в начале заболевания (на 2 - 8-й день), во время лихорадки. Поражения были односторонним и носило доброкачественное течение. У 2-х женщин, нами установлено нарушение цикла *mensis*, а у одной - самопроизвольный аборт 2-х месячного плода.

При генерализации инфекции на фоне высокой температуры чаще поражались коленные, голеностопные (35%) и сравнительно редко тазобедренные (5%) суставы, а так же шейный отдел позвоночника (1%). Клинически эти поражения проявлялись в виде болезненности летучего и слабого характера и покраснении. Боли были кратковременные, не стабильные и быстро исчезали, из-за чего больные не обращали внимания на их локализацию.

Клинико-эпидемиологическая характеристика острого бруцеллеза послужила основанием для расчёта экономических потерь, наносимых одним случаем заболевания. Общий экономический ущерб от заболевания бруцеллезом складывается из следующих основных величин: экономические затраты на проведение медицинских мероприятий в отношении 1 больного (затраты на постановку диагноза, специфическое лечение, на лечебные процедуры, а также учитывается средняя стоимость оплаты труда медицинского персонала обслуживающего больного), затраты от временной нетрудоспособности связанной по уходу за больным.

Стоимость медицинских услуг, медикаментозных препаратов, некоторые народно-хозяйственные экономические показатели (заработная плата, пособие по уходу за больным ребёнком), получены из официальных источников ЦСУ РУз, из городских стандартов амбулаторнополиклинической и стационарной помощи, а также преискурантов аптек г.Ташкента.

Согласно результатам анализа, средняя длительность госпитализации составила 18 дней (в том числе при тяжелом течении болезни - 25 дней).

Как показали результаты проведенных нами расчётов, приведенных в таблице 3.2, экономический ущерб от бруцеллёза на 89,9% формируется за счёт затрат на госпитализацию. Госпитализация является доминирующим компонентом медицинских мероприятий. Принимая во внимание высокие расходы на ла-

бораторную диагностику и лечение в условиях стационара (220.000 тыс. сум и 155.780 тыс. сумов на 1 случай болезни) следует подчеркнуть, что экономические затраты на госпитализацию адекватны её клиническому значению.

Таблица 2.

Экономический ущерб (затраты и потери) в связи с выявлением и лечением бруцеллёза по мероприятиям и контингентам по Республике Узбекистан за 2019 год.

Слагаемые ущерба	Всего на 1 случай болезни		Всего на 24 случая заболевания за 2019 год	
	в тыс. суммах	%	в тыс. суммах	%
1. Затраты на медицинские мероприятия:				
- выявление и транспортировка	4000	0,8	96.000	0,8
Эпидемиологическое обследование	10.000	2,0	240.000	2,0
Госпитализация:				
- лабораторные исследования для постановки диагноза	220.000	44,8	5280000	44,8
- медикаментозная терапия	155.780	31,7	3738720	31,7
- питание больного	45.000	9,1	1080000	9,1
- медицинское наблюдение	21.000	4,3	504.000	4,3
2. Затраты на социальные мероприятия:	36.000	7,3	864.000	7,3
Социальное пособие (оплата больничного листа)				
Общий экономический ущерб от заболеваемости бруцеллёзом	491.780	100%	11.802.720	100%

В результате проведенных нами исследований и расчётов по определению экономической значимости бруцеллёза, установлена средняя "стоимость" одного случая заболевания бруцеллёзом больного 19 - 64 лет, которая составила в среднем 491.780 тыс.сумов. Не менее важным экономическим показателем является ущерб от совокупности случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года, или экономическая значимость заболевания. Выявленные экономические потери, связанные с заболеваемостью бруцеллёзом 19 - 64 лет по республике за 2018 год (всего было выявлено 24 случая) составили - 11.802.720 сумов. Естественно, что эти величины тем больше, чем больше абсолютное число зарегистрированных случаев заболевания. Следует отметить, что экономический ущерб от бруцеллёза возрастает с каждым годом, что связано также с увеличением стоимости практически всех медицинских услуг.

Выводы

1. Клинико-эпидемиологический анализ острого бруцеллёза показал, что клиническая картина острого бруцеллёза сохраняет сезонный характер, чаще болеют мужчины, низкий уровень бактериологического анализа (10%).

2. В клиническом течении острого бруцеллёза отмечено острое среднетяжелое течение болезни, арт-

риты преобладают и носят преходящий характер. Относительно часто встречаются моно- (60%) и полиартриты (40%).

3. Экономического ущерба от бруцеллёза у больных (на 1 случай) в структуре рассматриваемой величины на первом месте находятся затраты на госпитализацию и лечение - 89,9%, на втором месте - экономические затраты на социальные мероприятия - 7,3%. Остальные мероприятия составляют в структуре не более 2,8%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Атаходжаева Д.Р. Клинико-иммунологические показатели первично- хронического бруцеллёза у детей // Тиббиётда янги кун. 2019; 1(25): 72-76.
2. Бруцеллез: Методические рекомендации / сост. А. Х. Закирходжаев. - Т.: [б. и.], 2007. - 27 с.
3. Умаров С.В. и др. Клинические и эпидемиологические особенности острого бруцеллёза // Умаров С.В., Касимов И.А., Шаджалилова М.С., Кдырбаева П.Ж. //Инфекция, Иммунология и фармакология. - 2018- №3. - С.64 -68.
4. Мирзаева М.А., Атаходжаева Д.Р., Бойхонов Ф.И. Клиника острого бруцеллёза в современных условиях // Назарий ва клиник тиббиёт журналы. 2012; 2: 63-66.
5. Умаров С.В., Касимов И.А., Шаджалилова М.С. Особенности клинического течения острого бруцеллёза. // Биология ва тиббиёт муаммолари. Халқаро илмий журнал. 2018; 4,2(106): 146-147.

Поступила 09.03. 2020