



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

6 (92) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (92)

2026

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2026, Accepted: 06.06.2026, Published: 10.06.2026

УДК 616.98:579.841.93

КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Фарманова Махтоб Алимовна <https://orcid.org/0009-0002-3750-1047>

e-mail: farmanova.maxtob@bsmi.uz

Зубайдуллоева Анора Туйчи кизи <https://orcid.org/0009-0003-6158-8039>

e-mail: anorazubaydulloyeva@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Бруцеллезная инфекция было проведено клиническое наблюдение за 60 пациентами, изучены эпидемиологические особенности заболевания, клинические проявления и результаты диагностики. Результаты исследования показали, что у 40% больных бруцеллезом в возрасте 18-30 лет и у 20% больных бруцеллезом среди мужчин в возрасте 18-30 лет наблюдалось увеличение числа аутоиммунных заболеваний.

Ключевые слова: Бруцеллез, эпидемиология, клиника, симптомы.

БРУЦЕЛЛЕЗНИНГ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК - ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ БАҲОЛАШ

Фарманова М.А. <https://orcid.org/0009-0002-3750-1047> e-mail: farmanova.maxtob@bsmi.uz

Зубайдуллоева А.Т. <https://orcid.org/0009-0003-6158-8039> e-mail: anorazubaydulloyeva@gmail.com

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ 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 ўтқир бруцеллез билан касалланганларнинг 40% ҳолларда 18-30 ёшгача бўлганлар ва касалланиш эрактар орасида аёлларга нисбатан 2 баробар қўн қайд этилганлиги аниқланди.

Калит сузлар: Бруцеллез, эпидемиология, клиника, симптомлар.

CLINICAL - EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF INFECTION OF BRUCELLEZ ASSESSMENT

Farmanova M.A. <https://orcid.org/0009-0002-3750-1047> e-mail: farmanova.maxtob@bsmi.uz

Zubaydulloyeva A.T. <https://orcid.org/0009-0003-6158-8039> e-mail: anorazubaydulloyeva@gmail.com

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

For the first time identified specific features epidemic manifestation of brucellosis infection children in conditions of Tashkent city and Tashkent region associated with the new socio - economic transformations in the country, including privatizing in cattle.

Key words: Brucellosis, epidemiology, clinic, symptom.

Актуальность

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 вилояхтах, 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 [1,5,6].

Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей течения форм бруцеллеза.

Материал и методы

Нами было проведено клиническое-эпидемиологическое обследование 60 больных бруцеллезом. Диагноз устанавливали на основании клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных серологическими реакциями Райта, Хеддльсона и бактериологическим методом. Для характеристики больных мы пользовались классификацией Н.И.Рагозы, дополненную В.М.Маджидовым.

Результат и обсуждение

Вопросом большого теоретического и практического значения является исследование клинического статуса взрослого организма больных бруцеллезом в возрастном аспекте. Согласно возрастной структуре больных нами установлено, что в большинстве случаев зараженность 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, бруцеллез в 2 раза чаще встречался среди больных мужского пола по сравнению с женщинами.

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

Основными источниками 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)				Хеддльсон	
	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 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 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 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 бруцеллез протекал в среднетяжелой форме (28,3% и 71,7% соответственно). Общее самочувствие больных бруцеллезом, как правило страдало не сильно, даже в период высокой лихорадки, что является характерным признаком 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 бруцеллезом у 54 (90,0%) больных заболевания началось (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 бруцеллезом сохранялась дольше до 20 дней.

Среди обследованных больных у 54% наблюдали поражения центральной системы. Для форм бруцеллеза характерным является вегетососудистые «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 нарушений 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 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 было односторонним и носило доброкачественное течение. У 2-х женщин, нами установлено нарушение цикла *mensisa*, 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 также 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.

Выводы:

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

2. В клиническом течении бруцеллеза отмечено среднетяжелое течение болезни, артриты преобладают и носят преходящий характер, относительно часто встречаются моно- (60%) и полиартриты (40%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Атаходжаева ДР. Клинико-иммунологические показатели первично-хронического бруцеллеза у детей. Тиббиётда янги кун. 2019;1(25):72-76.
2. Умаров СВ, Касимов ИА, Шаджалилова МС, Кдырбаева ПЖ. Клинические и эпидемиологические особенности острого бруцеллеза. Инфекция, иммунитет и фармакология. 2018;(3):64-68.
3. Умаров СВ, Қосимов ИА, Шаджалилова МС. Особенности клинического течения острого бруцеллеза. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2018;4(2):146-147.
4. Бруцеллёз. Современное состояние проблемы. Под ред. Онищенко ГГ, Куличенко АН. Ставрополь: ООО «Губерния»; 2019. 336 с.
5. Фарманова МА, Зайниддинова М. Клинико-эпидемиологические аспекты хронического бруцеллеза. Central Asian Journal of Medical and Natural Sciences. 2021:70-75.
6. Avijgan M, Rostamnezhad M, Jahanbani-Ardakani H. Clinical and serological approach to patients with brucellosis: a common diagnostic dilemma and a worldwide perspective. Microb Pathog. 2019;129:125-130. doi:10.1016/j.micpath.2019.01.046.

Поступила 20.05.2026