

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)

Халилов К., Джангазиева А.А., Бектурдиев К.Б.,
Алтымышева Н.А., Багиева А., Диа Али

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Центр карантинных и особо опасных инфекций ДПЗ и ГСЭН
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье проведен анализ многолетней динамики заболеваемости, с оценкой эпидемиологической и клинико – лабораторной обстановки по бруцеллезу в последние годы. По анализу 304 историй болезни взрослых больных госпитализированных в Республиканская клиническая инфекционная больница (РКИБ), с различными формами бруцеллеза выявлен высокий процент хронизации, что дает основание для оценки эффективности существующих схем антибактериальной терапии.

Ключевые слова: бруцеллез, эпидемиология, клинические формы, антибактериальная терапия.

БРУЦЕЛЛЕЗДҮН КЛИНИКАЛЫК – ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АЗЫРКЫ МЕЗГИЛДЕГИ КЫРДААЛЫНА БАА БЕРҮҮ (РЕСПУБЛИКАЛЫК КЛИНИКАЛЫК ЖОЛУШТУ ОРУЛАР ОРУКАНАСЫНУН МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА)

Халилов К., Джангазиева А.А., Бектурдиев К.Б.,
Алтымышева Н.А., Багиева А., Диа Али

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы¹
Карантиндик жана өтө кооптуу жугуштуу оорулардын борбору ОААЖМСЭКД²
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бруцеллез оорусунун акыркы жылдардагы эпидемиологиялык жана клиникалык лаборатордук өзгөчөлүктөрү берилген. Республикалык клиникалык жолуштуу орулар оруканасынун (РКЖООда) дарыланган 304 бруцеллездун ар – кайсы түрлөрүнүн ичинен өнөкөт түрү менен ооругандар көп кездешет. Ошондуктан антибиотик менен дарылоонун эффективдүүлүгүнө баа берилет

Негизги сөздөр: бруцеллез, эпидемиологиясы, клиникалык түрлөр, антибактериалык дарылоо.

ASSESSMENT OF CURRENT CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON BRUCELLOSIS (BASED ON MATERIALS OF REPUBLICAN CLINICAL INFECTIOUS HOSPITAL)

Halilov K., Djangazieva A.A., Bekturdiev K.B.,
Altymysheva N.A., Bagieva A., Dia Ali

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Center for quarantine and extremely dangerous infections
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article analyzed the long-term dynamics of morbidity, with assessment of epidemiological, clinical and laboratory situation on brucellosis in recent years. The analysis of case histories of 304 adult patients hospitalized to Republican Clinical Infectious Hospital (RCIH), with various forms of brucellosis revealed a high percentage of chronicity that provides the basis for evaluating the effectiveness of existing schemes of antibiotic therapy.

Keywords: brucellosis, epidemiology, clinical forms, antibacterial therapy.

Актуальность

Для Кыргызской республики проблема бруцеллеза была и остается актуальной. Это постоянство определяется его распространением среди сельскохозяйственных животных и недостаточным контролем ветеринарной службы. Социально – экономическая депрессия в нашей стране в 90-х годах прошлого столетия способствовала развалу коллективных хозяйств и формированию ведущей роли частного животноводства, а так же к значительному ослаблению противобруцеллезных мероприятий. В результате этого в структуре заболевших бруцеллезом стал преобладать непрофессиональный контингент населения. Наклонность бруцеллеза к хроническому рецидивирующему течению, возможность неблагоприятных исходов, приводящих к длительной потере трудоспособности, а иногда к инвалидности, отсутствие эффективных методов терапии, гарантирующих полное излечение больных, обуславливает необходимость дальнейшего изучения эпидемиологических и клинических особенностей этого заболевания с последующей коррекцией лечения.

Из-за низкой обращаемости населения в государственные лечебные учреждения, значительно сократилась официальная регистрация заболеваемости, что искажает истинную картину по бруцеллезу в последние годы. В целом по стране в учреждениях здравоохранения снизилось число диагностических лабораторных исследований на бруцеллез. Единственной лабораторией в г. Бишкек, где разрешено проведение бактериологического анализа с типированием выделенных культур и постановкой анализов на чувствительность возбудителей к антибиотикам является лаборатория центра карантинных и особо опасных инфекций ДПЗ и ГСЭН. Однако, при настоящей ситуации, когда большинство больных лечится и обследуется амбулаторно и в частном порядке, это препятствует эффективному проведению противоэпидемических мероприятий, осуществлению мониторинга за циркуляцией возбудителя на территории страны, а так же затрудняет постановку анализов на чувствительность к антибиотикам и поиску наиболее эффективных методов лечения.

Таким образом, актуальным представляется комплексное исследование эпидемиологических, клиничко-лабораторных

особенностей современного бруцеллеза с выявлением существующих взаимосвязей между многочисленными проявлениями заболевания и лежащими в их основе патогенетическими изменениями иммунологического статуса у больных острым и хроническим бруцеллезом в зависимости от периода заболевания, степени тяжести и компенсации, а также от наличия сопутствующих заболеваний, которые бы позволили не только объективизировать критерии активности инфекционного процесса, но и оптимизировать лечение.

Цели исследования

Оценить динамику заболеваемости бруцеллезом в последние годы, с оценкой эпидемиологических и клиничко – лабораторных аспектов в современных условиях.

Задачи исследования

1) Анализ многолетней динамики заболеваемости бруцеллезом, с оценкой эпидемиологической ситуации на современном этапе.

2) Изучить клинические и лабораторные показатели бруцеллеза за последние годы.

3) Провести оценку проводимой этиотропной терапии.

Объект исследования

В исследование включены больные бруцеллезом взрослой возрастной группы, госпитализированные в РКИБ в период с 2011 – по 2012 гг. (n= 318). В работе использованы статистические данные по бруцеллезу из официальной регистрации ЦКиООИ ДПЗ и ГСЭН за 2000- 2013 гг.

Методы исследования

всем госпитализированным пациентам диагноз был подтвержден серологическим исследованием реакции агглютинации Райта – Хеддельсона.

Краткие результаты исследования, ожидаемый эффект:

После приобретения суверенитета в Кыргызской Республике и перехода к новым рыночным отношениям произошли существенные изменения в социально-экономической и сельскохозяйственных областях нашей страны. По статистическим данным ЦКиООИ ДПЗ и ГСЭН динамика заболеваемости бруцеллезом за последние 13 лет имела тенденцию к повышению с 2006 – по 2011 гг. и снизилась в 2012 г.[4].

Снижение заболеваемости бруцеллезом за последние годы можно объяснить, во-

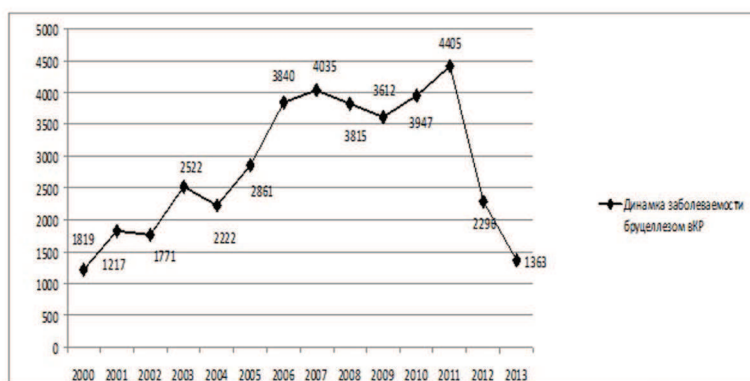


Рис.№1. Многолетняя динамика заболеваемости бруцеллезом в КР.

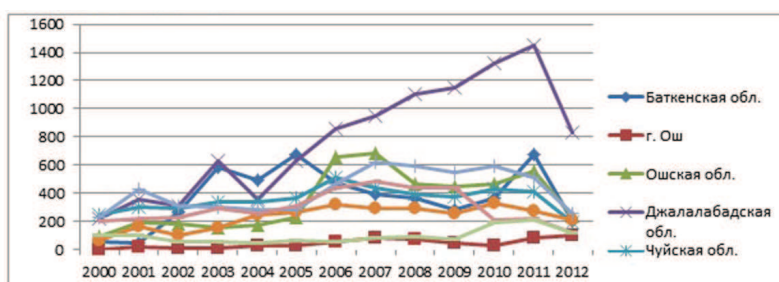


Рис. №2. Распределение бруцеллеза по областям в КР.

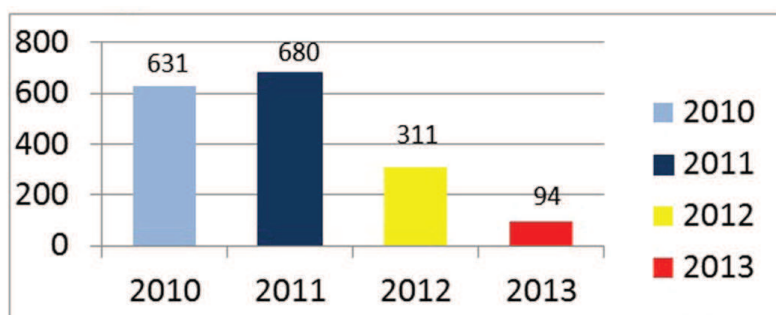


Рис. №3. Количество пациентов госпитализированных в РКИБ (n)

первых, введением поэтапной вакцинации начиная с 2008 года в Ак – Талинском районе Нарынской области, затем в 2009 г. по всей Нарынской и Иссык-Кульской областях, в 2010 г. в Таласской, Чуйской областях и в остальных регионах КР. Используется вакцина (REV1) конъюнктивальным методом. Вакцинации были подвержены мелкорогатые животные. И кроме этого, снижение заболеваемости объясняется низкой госпитализацией больных на третичном уровне. Зачастую пациенты с диагнозом бруцеллез стали лечиться в амбулаторных условиях или в частном порядке, вследствие этого снизилась официальная регистрация заболевания. Распределение бруцеллеза оказалось неравномерным по регионам республики и выглядит следующим образом: (рис. 2).

Из материалов, приведенных на данной диаграмме, следует, что наиболее неблагоприятной по бруцеллезу в КР является Джалалабадская область.[4].

Нами была проанализирована госпитализация больных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу за последние 4 года. Как оказалось, количество госпитализированных больных резко сократилось, почти в 7 раз, в 2013 году.

Мы проанализировали 318 историй болезней с различными клиническими формами бруцеллеза за исследуемый период. Всего диагностировано острых форм бруцеллеза у 113 чел., подострых форм – у 25 больных, хронических форм – у 108 чел., первично хронические формы выставлены 19 больным, хронических форм бруцеллеза суперинфекция

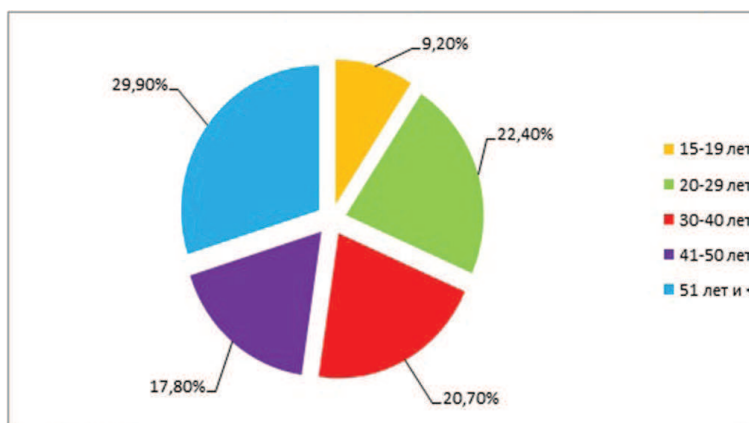


Рис.№4. Возрастная структура госпитализированных взрослых больных.

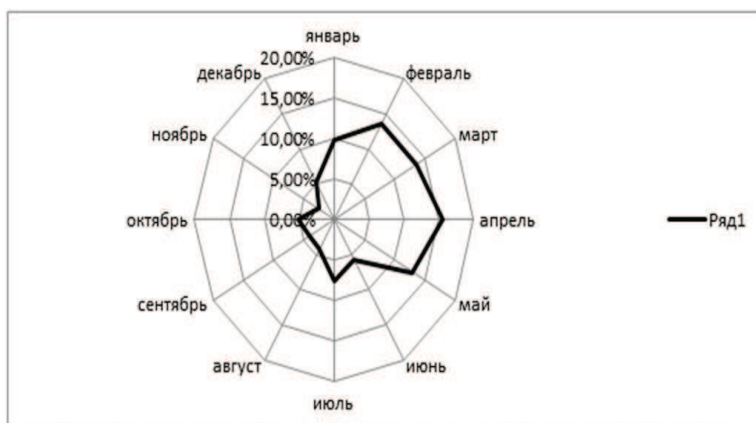


Рис.№ 5. Сезонность бруцеллеза среди госпитализированных больных.

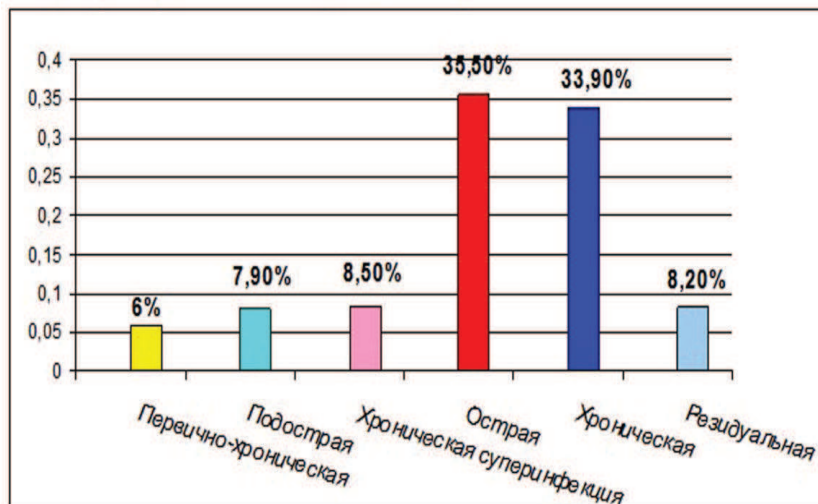


Рис.№6. Клинические диагнозы различных форм бруцеллеза, среди госпитализированных.

госпитализировано 27 человек и с резидуальной формой бруцеллеза обратилось 26 человек.

При рассмотрении некоторых эпидемиологических особенностей и клинического течения бруцеллеза на современном этапе выявлены следующие данные. Возрастная структура изучалась среди пациентов от 15 лет включительно и старше и распределилась следующим образом:(рис.4)

Такое распределение среди взрослого населения возможно связано с их занятостью и привлечением к контакту с сельскохозяйственными животными и наглядно показывает поражаемость трудоспособного возраста. Это наносит огромный социально – экономический ущерб и является еще одним актуальным аспектом данного заболевания. [1]. Среди заболевших оказалось 58,4% лиц

№	Симптомы и синдромы	Острый бруцеллез	Подострый бруцеллез	Хронический бруцеллез
		(n=113)	(n=25)	(n=108)
		%	%	%
1	Лихорадка	75,9	48	39,2
2	Озноб	58,3	69,6	41,2
3	Лимфоаденопатия	64,8	73,9	39,2
4	Гепатомегалия	62,0	95,6	45,7
5	Пораж.серд-сос.системы	19,3	20	27,1
6	Пораж.органов дыхания	6,5	0	3,3
7	Пораж. нервной системы	4,6	12	9,3
8	Спленомегалия	4,6	24	13,1
9	Пораж. мочеполовой системы	0,9	8	0,9
10	Поражение суставов	74,1	64	80,4

Рис. №7. Основные клинические проявления бруцеллеза.

мужского пола и 41,6% женщин, это связано с тем, что мужчины больше привлечены к уходу за скотом, к работе во время окота, к разделке туш животных, к стрижке овец.[3]. Среди госпитализированных городских жителей – 56 человек (17,6%), сельских жителей – 259 (81,4%) и 3 граждане Казахстана.

При изучении сезонности бруцеллеза выявлено, что пик заболеваемости приходится в период с февраля по май месяцы и традиционно совпадает с периодом окота у животных.(рис.5)

Госпитализированным больным с бруцеллезом согласно классификации по Г.П.Рудневу были выставлены следующие клинические формы, частота которых распределилась следующим образом:(рис.6)

Таким образом, видно, что острые формы бруцеллеза незначительно превышают количество больных с хроническими формами 35,5% и 33,9% соответственно. Возможно, такой высокий процент больных с хроническими формами инфекционного процесса связан с неудовлетворительным лечением в острой фазе заболевания. Несмотря на проводимые ветеринарные и противоэпидемические мероприятия встречаются случаи суперинфицирования, в обследуемой группе – у 8,5% больных. Из – за поздней обращаемости и поздней диагностики 6% больным выставлен

первично – хронический бруцеллез. У 8,2% больных сохраняется клиника остаточных явлений. При изучении клинических проявлений нами были выделены основные синдромы и проведен сравнительный анализ выраженности данных синдромов при различных клинических формах бруцеллеза.(7)

Таким образом, клиника бруцеллеза сохраняет свои основные черты системной инфекции, в которую могут вовлекаться любые органы и системы организма. При остром бруцеллезе преобладали септико-метастатические формы из 113 больных с острым бруцеллезом у – 112 (99,1%), септическая форма лишь у 1 больного. Во всех формах наблюдались изменения в органах РЭС системы и высокий процент поражений опорно-двигательного аппарата, особенно настораживает тот факт, что при хронических формах бруцеллеза эта цифра достигает 80,4%. При хронической форме бруцеллеза основным вариантом явилась локомоторная форма (97 больных (89,8%) из 108), протекавшая с болями и воспалительными изменениями в крупных суставах, а так же миалгиями. В 11 (10,2%) случаях диагностирована комбинированная форма у 10 больных комбинация локомоторной + нервной форм бруцеллеза и в 1 случае локомоторной + урогенитальной формы.

Неврологическая симптоматика складывалась из жалоб на выраженные головные боли, головокружение, шум в ушах, светобоязнь, поражениями периферической нервной системы в виде плекситов, радикулитов, задержки при мочеиспускании. У одного пациента имело место течение серозного менингита, с характерными изменениям ликвора. Урогенитальная форма поставлена 1 пациентке с отягощенным акушерским анамнезом (дважды мертворождения и 1 раз случай замершей беременности). Диагноз хронического бруцеллеза, суперинфекция был выставлен на основании давности заболевания, появление вновь септического компонента в

клинике, а так же на основании нарастания титров реакции Райта – Хеддельсона с 1:200 – до 1:1600, только в 3 случаях данный диагноз выставлен при низких титрах 1:50 – 1:100.

После изучения клинических проявлений заболевания нами определялась степень тяжести острого бруцеллеза на основании выраженности интоксикации и объективных данных. Легкое течение заболевания было установлено у 11,6 %, среднетяжелое - у 86,1% и тяжелое - у 2,3% больных.

Степень компенсации хронического бруцеллеза оценивалась по степени выраженности очаговых проявлений и выраженности

Схемы терапии	Число больных, получивших терапию
Доксициклин+гентамицин	63
Гентамицин	1
Цефон+Цебанекс+Ципрокс+Гентамицин	1
Гентамицин+Доксициклин+Ципрофлоксацин+Левомецетин-сукцинат	1
Цефтриаксон+Гентамицин+Доксициклин	1
Доксициклин	5
Ципрокс+Гентамицин+Доксициклин	2
Ципрофлоксацин+Гентамицин	4
Гентамицин+Рифампицин+Бисептол	1
Левомецетин-сукцинат+Доксициклин	2
Ципрокс+Цебанекс+Гентамицин	1
Цефтриаксон+Гентамицин+Доксициклин+Ципрокс+Пропинем	1
Доксициклин+Ципрокс	2
Гентамицин+Доксициклин+Цефтриаксон	1
Ципрофлоксацин	2
Гентамицин+Меристат+Ципрофлоксацин	1
Рифампицин+Бисептол	1
Рифампицин+Левомецетин-сукцинат	1
Ципрофлоксацин+Доксициклин	1
Гентамицин+Доксициклин+Ципрофлоксацин	7
Левомецетин-сукцинат+Гентамицин+Доксициклин+Рифампицин	1
Ципрофлоксацин+Левомецетин-сукцинат	2
Гентамицин+Бисептол	3
Гентамицин+Ципрофлоксацин+Левомецетин	1
Ципрофлоксацин+Левомецетин-сукцинат	4
Метрид+Гентамицин+Ципрофлоксацин	1
БЕЗ АНТИБИОТИКОВ	2

нарушений в функции органов. Хронический бруцеллез в стадии компенсации выявлен у 6,9 %, субкомпенсации - у 81,6% и декомпенсации - у 11,5% больных.

При выполнении бактериологического исследования больным острым бруцеллезом из крови была выделена культура бруцелл лишь в 13,9% случаев. При исследовании крови больных острым бруцеллезом в реакции Хеддельсона положительные результаты ее были получены у всех пациентов.

В реакции агглютинации Райта у 74,3% пациентов с острым бруцеллезом выявляли диагностические титры - 1:200 - 1:1600. При хроническом бруцеллезе положительная реакция Райта была в 69% случаев, причем в диагностических титрах только в 29,8%.

Анализ проводимого лечения больным с острой формой бруцеллеза выявил значительные отступления врачами от клинического протокола.

Приводим перечень примененных схем и комбинаций лечения острой формы бруцеллеза (n=113):

Анализ антибактериальной терапии больных с острой формой бруцеллеза показал, что врачи не придерживаются рекомендаций клинического протокола, по причине неэффективности. Это обуславливает необходимость проведения бактериологического исследования на чувствительность к антибиотикам. Известно, что кроме социально – экономического ущерба, бруцеллез обуславливает высокий уровень инвалидизации больных.[2] Несвоевременность лечения, неправильной подбор антибиотиков, либо неадекватная дозировка препаратов могут существенно повлиять на исходы и прогноз заболевания.

Выводы

1. В КР сохраняется высокий уровень заболеваемости бруцеллезом, несмотря на тенденцию к снижению в 2012 г., с ростом заболевания среди городского населения (17,6%) с алиментарным путем инфицирования.

2. Проводимая вакцинация животных значительно снизила заболеваемость бруцеллезом среди людей.

3. Течение острого бруцеллеза характеризуется преобладанием септико-метастатических форм (99,1%). При хроническом бруцеллезе наблюдается полиорганый и многосистемный характер поражений со склонностью к длительному, рецидивирующему течению, связанный с высоким уровнем суперинфекции (8,5%).

4. Проводимая терапия не соответствует клиническому протоколу, ввиду неэффективности, обуславливает высокий уровень хронизации бруцеллеза (33,9%) и требует дальнейшего совершенствования схем этиотропной терапии.

Литература:

1. Н.М-Г. Зильпукарова, М.М. Магомедов. Клиническая характеристика современного бруцеллеза в различных возрастных группах.//сб.мат. российской научно – практич. конф. «Актуальные проблемы инфекционной патологии». – 2009. г. Томск

2. Л.Е. Цирельсон, М.М. Желудков Бруцеллез в России: профессиональные заболевания и трудовой прогноз//журн. Эпидемиология и инфекционные болезни. -2011.-№5. – С.43-47.

3. К.Т. Омуралиев, Н.М. Мамасадыков, А.В. Аникин, Р.Т. Чиналиева Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости бруцеллезом в г.Бишкек//журн. Медицина Кыргызстана. – 2013. - №1. – С.119-121.

4. Статистические отчеты ЦКиООИ ДПЗ и ГСЭН за 2000- 2013 гг.