

Г. М. КУРМАНОВА ¹, Г. М. БАРАТОВА ², Н.А. АКЕШОВА ²,
А.Е. МАМУТОВА ², И. С. МОЛДАЛИЕВ ²,
К.С. БАБАЕВА ²

¹Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан

²Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А. Ясави,
г. Туркестан, Республика Казахстан

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА С ТЯЖЕЛЫМИ ПОЛИОЧАГОВЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

УДК 616.95.75.845

Был проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных данных и результатов серологического исследования 186 пациентам с наиболее тяжелым течением бруцеллеза в стадии суб- и декомпенсации с полиочаговыми поражениями на базе ГККП Туркестанской городской центральной больницы в инфекционном отделении. Проанализированы часто встречающиеся синдромы и их симптомы у больных с первично-хроническим бруцеллезом и вторично-хроническим бруцеллезом.

Ключевые слова: хронический бруцеллез, полиочаговые проявления

Введение. Бруцеллез – особо опасное инфекционное заболевание из группы зоонозов, характеризующееся склонностью к хроническому течению с длительной персистенцией патогена, с высоким риском инвалидизации, что и обуславливает социальную значимость этой инфекции [1,2,6]. Сочетания в различных комбинациях поражений опорно-двигательной, нервной, сердечно-сосудистой систем, половых органов на фоне повышения температуры, лимфаденопатии, гепато- и спленомегалии [3, 5, 6, 8] являются характерными признаками хронического бруцеллеза. Однако при отсутствии и малой выраженности общеинфекционных проявлений болезни на первый план выступают очаговые процессы в органах и тканях воспалительного, инфекционно-аллергического, дегенеративно-дистрофического характера [4, 5, 6]. Учитывая, что хронический бруцеллез характеризуется большим полиморфизмом клинических проявлений и может «маскироваться» под множество инфекционных и соматических заболеваний, следует помнить о возможности диагноза бруцеллеза у лиц, проживающих в эндемичном районе [9,10,12,13-15].

По образному выражению Н. Д. Беклемишева: «Течение болезни бывает настолько многообразным, различные симптомы так многочисленны и выступают нередко в таких причудливых комбинациях...» [2]. Бруцеллезная инфекция не всегда проходит острую стадию, приобретая с самого начала первично-хроническое течение. Обычно эта форма хронического бруцеллеза развивается у лиц, имеющих постоянный контакт с источником инфекции. При этом клинические проявления болезни развиваются медленно. Разнообразная клиническая картина, нередко стёртые, серонегативные варианты течения создают известные трудности в диагностике, трактовке состояния инфекционного процесса. Поэтому, диагноз хронического бруцеллеза иногда устанавливается через многие годы после заражения.

Целью настоящего исследования является дать характеристику клинических проявлений у больных с хроническим бруцеллезом тяжелыми полиочаговыми проявлениями в условиях Южного Казахстана.

Материал и методы. Из 521 госпитализированных больных с диагнозом хронический бруцеллез в инфекционное отделение ГККП Туркестанской городской центральной больницы за период сентябрь 2013г по февраль 2016г были отобраны 186 пациентов с наиболее тяжелым течением бруцеллеза в стадии суб- и декомпенсации с полиочаговыми поражениями, длительностью заболевания при вторично-хроническом бруцеллезе с 6 месяцев до 1 года – 44,9%, более 2 лет – 33,6%, 3-5 лет – 21,5%. Проведено продольное проспективное исследование анализа клинических данных. В настоящих клинических наблюдениях исключаются дети до 16 лет, беременные женщины.

Диагноз бруцеллеза ставился на основании стандартного определения случая по ВОЗ (согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2006 года № 623 «Об утверждении стандартов в области медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации»). В постановке диагноза бруцеллеза была использована клиническая классификация по Н.Д.Беклемишеву (1957), дополнена К.Б.Курмановой, А.К.Дуйсеновой (2002).

Вторично-хронический бруцеллез из числа обследованных 186 больных диагностирован у 107 (57,5%), первично-хронический у 79 (42,5%). Для верификации бруцеллеза использовались реакции Райта (как положительный учитывался титр 1/200) и Хаддлсона (положительный и резко положительный результат). Больным с первично-хроническим бруцеллезом бактериологическое исследование крови проводилось в первые дни госпитализации, *V.mellitensis* высевалась у 17 пациентов (21,5%). Больным вторично-хроническим бруцеллезом диагноз бруцеллеза устанавливался на основании выделения гемокультуры в фазу острого бруцеллеза (высеваемость гемокультуры 67,8 %).

Женщины чаще болели первично-хроническим бруцеллезом (53,1% против 46,8%), мужчины - вторично-хроническим бруцеллезом (72% против 28%) (рисунок 1).



Рисунок 1 - Распределение больных хроническим бруцеллезом по полу

Возраст больных составил от 18 до 72 лет, средний возраст $37,3 \pm 12,5$ лет. Среди больных первично-хроническим бруцеллезом преобладали лица от 41 до 50 лет, вторично-хроническим от 21 до 40 лет (рисунок 2).

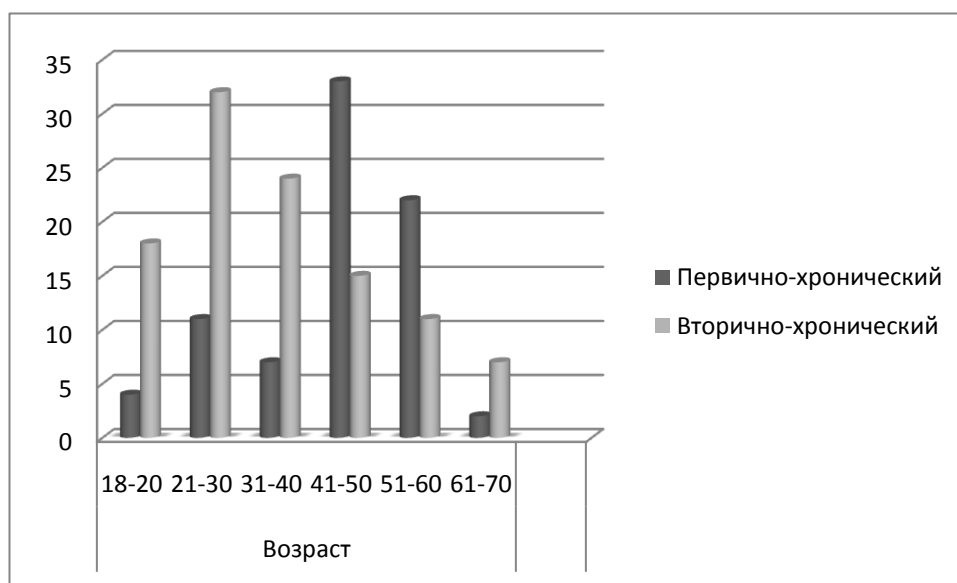


Рисунок 2 - Распределение больных хроническим бруцеллезом по возрасту

Встречаемость клинических форм хронического бруцеллеза в проведенном исследовании показал, что у пациентов с первично-хроническим бруцеллезом стадия субкомпенсации встречалась в 46% случаях, а декомпенсация в 33% случаев. При вторично-хроническом бруцеллезе пациенты в стадии субкомпенсации и декомпенсации встречались одинаково 54%-53% случаев (рисунок 3).

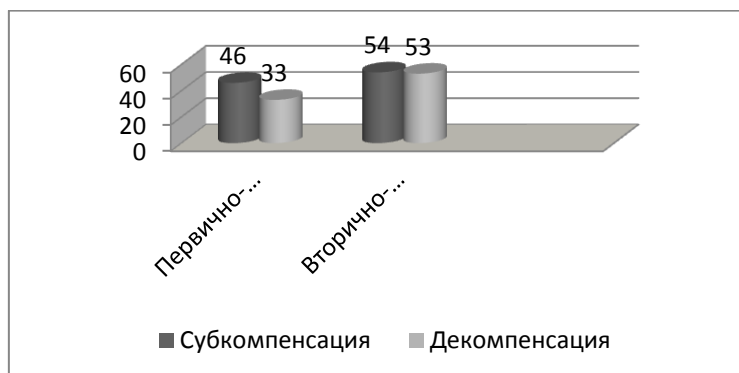


Рисунок 3 - Клинические формы хронического бруцеллеза.

Клиническое обследование больных включало тщательный сбор анамнеза, в том числе эпидемиологического. У обследованных лиц при сборе эпидемиологического анамнеза в зависимости от путей заражения, был проведен анализ хронического бруцеллеза, выяснено количество с алиментарным путем заражения составляет значительную долю 119 случаев (64%), контактный путь заражения 67 случаев (36%) (таблица 1, 2). Факторами заражения чаще были употребление молочных продуктов: кефир домашнего приготовления, сметана творог и другие недостаточно термически обработанные мясные продукты.

Обследование включало общий анализ крови с лейкоформулой, бактериологический посев крови. Для выделения гемокультуры применяли жидкую транспортную среду, бактериологическое исследование проводилось в ОблСЭС г.Шымкент. Серологические реакции, выявляющие специфические бруцеллезные антитела: качественная реакция агглютинации Хаддлсона, количественная реакция агглютинации Райта выполняли с лаборатории ЦГБ г. Туркестана, применяя единый бруцеллезный диагностикум.

Помимо серологического метода для подтверждения хронизации процесса при бруцеллезе применяли иммуноферментный анализ (ИФА) крови с коммерческой тест-системой для обнаружения противобруцеллезных антител Ig классов A, G с помощью набора реагентов «ДАТ-БРУЦЕЛЛА-G/A» в лаборатории ЮКФ ТОО «КДЛ ОЛИМП» (зав. лаб. А.А. Грамотикопуло), а также тест определения антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) бруцеллезной специфичности (содержание АСЛ бруцеллезной специфичности определяли методом не прямого розеткообразования по разности между опытной и контрольной пробами по методу в модификации Б.В.Каральника и П.Н.Дерябина (1999 и 2001)) в НЦГиЭ им. Х.Жуматова (г.Алматы). Тест на АСЛ применяли только при отрицательном и сомнительном результатах серологических реакций - 78 больным.

Рентгенологическое исследование опорно-двигательного аппарата, МРТ при поражении позвоночника, КТ головного мозга при нейробруцеллезе, ЭКГ всем больным на аппарате BIOSET 6000 – 6 каналный.

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с помощью статистических пакетов Microsoft Excel и Biostat с использованием библиотеки статистических функций с вычислением средней арифметической (M), стандартное отклонения ($\pm SD$), ошибки средней арифметической ($\pm m$), относительных величин (частот, %). Достоверность различий исследуемых выборочных данных при нормальном распределении определяли при помощи критерия Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (p). Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости ($P < 0.05$ при $t > 1.96$).

Таблица 1 - Анализ хронического бруцеллеза в зависимости от пути заражения

Пути заражения	Первично-хронический n=76			Вторично-хронический n=110			P
	abc	M	m	abc	M	m	
Контактный путь	37	46,8	5,6	30	28,0	4,3	<0,001
Алиментарный путь	42	53,2	5,6	77	72,0	4,3	<0,001

Таблица 2 – Факторы риска инфицирования бруцеллеза

Эпидемиологический анамнез	abc	%
Употребление сырого молока или молочных продуктов кустарного производства (брынза, сметана, сливки, творог)	70	37,6
Употребление недостаточно термически обработанного мяса (шашлык, донер, шаурма и т.д.)	49	26,4
Работа поваром, шашлычником	13	7,0
Участие в окоте и отеле	18	9,7
Уход за животными (мелкий и крупный рогатый скот), стрижка овец, забой животных и разделка туш	15	8,1
Контакт с сырым мясом, фаршем, внутренними органами животных (печень, почки, легкие, шашлыки)	14	7,5
Эпидемиологическая связь с подтвержденным случаем бруцеллеза у людей	7	3,8
Всего:	186	100

Результаты исследования. В результате клинического обследования с учетом сроков инфицирования и эпидемиологического анамнеза клинические проявления хронического бруцеллеза характеризовались сменой периодов ремиссии и обострений. У большинства больных хроническим бруцеллезом клинические проявления развивались постепенно. Перед началом применения разных схем антибактериальной терапии сравниваемые группы больных имели обще инфекционные синдромы с очаговыми проявлениями болезни (таблица 3).

Таблица 3 – Основные клинические синдромы у больных хроническим бруцеллезом

Клинические синдромы	Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P
	abc	M	m	abc	M	m	
интоксикационный	37	46,8	5,6	98	91,6	2,7	<0,001
вегето-сосудистой дистонии	49	62,0	5,5	79	73,8	4,2	<0,001
астено-невротический	73	92,4	3,0	100	93,5	2,4	<0,001
депрессивный	28	35,4	5,4	87	81,3	3,8	<0,001
болевого	69	87,3	3,7	96	89,7	2,9	<0,001
суставной	47	59,5	5,5	85	79,4	3,9	<0,001
другие очаговые поражения	63	79,7	4,5	101	94,4	2,2	<0,001

При анализе клинических синдромов (таблица 4), было выявлено, что интоксикационный синдром достоверно чаще наблюдался при вторично-хроническом бруцеллезе 98 (91,6%) по сравнению с первично-хроническим бруцеллезом 37 (46,8%, $P < 0,01$). Под интоксикационным синдромом подразумевали: повышение температуры тела, озноб, потливость, слабость, снижения работоспособности и потерю массы тела. Лихорадка является одним из основных симптомов интоксикационного синдрома, наиболее часто встречалось субфебрильное повышение температуры - у больных с первично-хроническим бруцеллезом 43 (54,4%), у больных с вторично-хроническим бруцеллезом 46 (43%). Периодически появляющиеся ознобы разной выраженности на фоне повышения температуры выявлялось у 38 больных с вторично-хроническим бруцеллезом (35,5%) и при первично-хроническом бруцеллезе у 15 больных (19%, $P < 0,01$). Потливость имела различную выраженность и встречалась у 69 больных, что составляет 64,5%, а в группе больных с первично-хроническим бруцеллезом - у 48 больных (60,8%, $P < 0,05$). Симптомы интоксикации были выявлены у всех больных независимо от путей заражения, что достоверно снижало работоспособность у больных с первично-хроническим бруцеллезом на 53,2%, у больных с вторично-хроническим бруцеллезом на 72% ($P < 0,001$). Потеря массы тела была у больных при первично-хроническом бруцеллезе до 5 кг - 22,78%, до 10 кг - 15,19%, до 15 кг - 10,13% и выявилось у больных с вторично-хроническим бруцеллезом до 5 кг - 50,47%, до 10 кг - 29,91%, до 15 кг - 20,56%.

Таблица 4 – Клинические проявления интоксикационного синдрома

Проявления	Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P
	abc	M	m	abc	M	m	
Лихорадка:							
субфебрильная	43	54,4	5,6	46	43,0	4,8	>0,05
фебрильная	12	15,2	4,0	34	31,8	4,5	>0,05
Озноб:							
слабый	15	19,0	4,4	38	35,5	4,6	<0,001
умеренный	9	11,4	3,6	12	11,2	3,1	<0,001
выраженный	4	5,1	2,5	5	4,7	2,0	<0,05
потрясающий	1	1,3	1,3	2	1,9	1,3	>0,05
Потливость	48	60,8	5,5	69	64,5	4,6	<0,05
Слабость	44	55,7	5,6	94	87,9	3,2	<0,05
Снижения работоспособности	42	53,2	5,6	77	72,0	4,3	<0,001
Потеря массы тела:							
до 5 кг	18	22,78	4,7	54	50,47	4,8	<0,05
до 10 кг	12	15,19	4,0	32	29,91	4,4	>0,05
до 15 кг	8	10,13	3,4	22	20,56	3,9	>0,05

Следующий часто превалирующий синдром – синдром вегето-сосудистой дистонии. Этот синдром также, как и интоксикационный синдром, достоверно чаще встречался при вторично-хроническом бруцеллезе 73,8% больных ($P < 0,01$). Клинические проявления, которого - головная боль, головокружение, шум в голове, гипотония, гипертония, лабильность пульса (таблица 5).

Таблица 5 – Клинические проявления синдрома вегетативной дистонии

Симптомы	Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P
	абс	М	m	абс	М	m	
головная боль	44	55,70	5,6	94	87,85	3,2	<0,05
головокружение	18	22,78	4,7	40	37,38	4,7	>0,05
шум в голове	16	20,25	4,5	26	24,30	4,1	>0,05
гипотония	58	73,4	5,0	67	62,6	4,7	>0,05
гипертония	24	30,38	5,2	11	10,28	2,9	<0,001
лабильность пульса	55	69,6	5,2	46	43,0	4,8	>0,05
тахикардия	39	49,4	5,6	13	12,1	3,2	<0,001
брадикардия	9	11,4	3,6	17	15,9	3,5	<0,001

Чаще всего все больные бруцеллезом жаловались на головную боль – в 94 случаев у больных с вторично-хроническим бруцеллезом (87,8%), с первично-хроническим бруцеллезом (55,7%) которая носила не локализованный, ноющий, распирающий, диффузный характер. Головокружение носило несистемный характер, возникало при перемене положения тела: у больных с первично-хроническим бруцеллезом (22,8%), у больных с вторично-хроническим бруцеллезом (37,4%). Шум в голове чаще отмечали пациенты с вторично-хроническим бруцеллезом (24,3%).

В большинстве случаев у обследованных больных хроническим бруцеллезом выявляли склонность к гипотонии, которую наблюдали при вторично-хроническом бруцеллезе (67, 62,6%) реже чем при первично-хроническом бруцеллезе (58, 73,4%).

Артериальная гипертензия отмечалась у 24 больных с первично-хроническим бруцеллезом и у 11 больных с вторично-хроническим бруцеллезом и повышение артериального давление не является проявлением синдрома вегето-сосудистой дистонии при хроническом бруцеллезе, а явилось сопутствующей патологией. Лабильность пульса достоверно чаще наблюдалось при первично-хроническом бруцеллезе (69,6%) по сравнению с вторично-хроническим бруцеллезом (43%).

Астено-невротический синдром одинаково часто наблюдался при первично-хроническом бруцеллезе (92,4%) и вторично-хроническом бруцеллезе (93,5%), Синдром проявлялся плаксивостью, раздражительностью, тремором конечностей, дрожанием век и языка, снижением памяти, расстройством сна и бодрствования, изменениями настроения, асимметричным похолоданием конечностей, нарушением трофики (сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей и локальные жгучие боли) (таблица 6). Обращающим на себя внимание проявлением вегетативной дисфункции был красный дермографизм (более 40 сек).

Таблица 6 – Клинические проявления астено-невротического синдрома

Симптомы	Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P
	абс	М	m	абс	М	m	
плаксивость, раздражительность	30	37,97	5,5	70	65,42	4,6	<0,05
тремор конечностей	23	29,11	5,1	55	51,40	4,8	>0,05
дрожание век, языка	24	30,38	5,2	56	52,34	4,8	>0,05
сухость кожи, шелушение	21	26,58	5,0	48	44,86	4,8	>0,05
локальные жгучие боли	18	22,78	4,7	42	39,25	4,7	>0,05
асимметричное похолодание конечностей	21	26,58	5,0	48	44,86	4,8	>0,05
нарушение трофики кожи	16	20,25	4,5	38	35,51	4,6	>0,05
выпадение волос	15	18,99	4,4	36	33,64	4,6	>0,05
ломкость ногтей	16	20,25	4,5	36	33,64	4,6	>0,05
красный дермографизм	21	26,58	5,0	49	45,79	4,8	>0,05
общий гипергидроз	49	62,0	5,5	69	64,5	4,6	>0,05
снижение памяти	33	41,77	5,5	50	46,73	4,8	>0,05
расстройство сна и бодрствования							
бессонница	13	16,46	4,2	39	36,45	4,7	>0,05
сонливость	42	53,16	5,6	46	42,99	4,8	>0,05

Многие пациенты не замечали у себя симптомов вегетативной дисфункции, врачи также не обращают внимание на многие ее проявления. Только тщательный и целенаправленный опрос и осмотр позволяет выявить огромное разнообразие клинических проявлений поражения вегетативной нервной системы.

Снижение памяти у пациентов в сравниваемых группах особых различий не выявили (41,77±5,5% против 46,73±4,8%). У больных хроническим бруцеллезом отмечалось расстройство сна, и бодрствования больше превалировало сонливость в обеих сравниваемых группах. Депрессивный синдром в обеих группах встречался в стертой форме и чаще выявлялся в виде легкой депрессии у больных с вторично-хроническим бруцеллезом (60,7%) и в виде умеренной депрессии (15%), в основном маскируясь под синдромом интоксикации и астено-невротического синдрома. Тяжелая депрессия достоверно чаще наблюдалась при вторично-хроническом бруцеллезе 5 (4,7%) по сравнению с первично-хроническим бруцеллезом 3 (3,8%), клинически это проявлялось изменением настроения, пессимизмом, чувством несостоятельности и неудовлетворенности, раздражительностью, слезливостью, мнительностью, нерешительностью, отсутствием веры на выздоровление, появлением суицидальных мыслей и слуховых галлюцинаций.

Миалгии встречались у больных одинаково часто: с вторично-хроническим бруцеллезом (82,2%), с первично-хроническим бруцеллезом (91,1%). При первично-хроническом бруцеллезе артралгия крупных суставов отмечалась в 30,4±5,2%, с вторично-хроническим бруцеллезом - 27,1±4,3%, артралгия мелких суставов при первично-хроническом бруцеллезе (29,1±5,1%), с вторично-хроническим бруцеллезом (17,8±3,7%). Боли в суставах у некоторых больных были постоянными, у некоторых периодическими но быстро исчезающими при приеме противовоспалительных препаратов. Дорсалгии чаще в поясничной области, у больных с вторично-хроническим бруцеллезом встречалась в 40,19±4,7%, с первично-хроническим бруцеллезом - 45,57±5,6% (таблица 7).

Таблица 7 – Клинические проявления болевого синдрома

		Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P<0.05 при t>1.96
		abc	M	m	abc	M	m	
миалгии		72	91,1	3,2	88	82,2	3,7	>0,05
артралгии	крупные суставы	24	30,4	5,2	29	27,1	4,3	>0,05
	мелкие суставы	23	29,1	5,1	19	17,8	3,7	<0,05
	все	27	34,2	5,3	33	30,8	4,5	>0,05
дорсалгии	шейной области	9	11,4	3,6	10	9,3	2,8	>0,05
	поясничной области	36	45,6	5,6	43	40,2	4,7	>0,05

Суставной синдром достоверно чаще наблюдался при вторично-хроническом бруцеллезе 85 (79,4%) по сравнению с первично-хроническим бруцеллезом 47 (59,6%, P<0,01) в виде артритов, артрозо-артритов, бурситов, тендовагинитов, периоститов, перихондритов с характерными симптомами. По локализации наиболее часто поражались коленные суставы, далее плечевые, тазобедренные, голеностопные, локтевые и лучезапястные, т.е. крупные суставы. У 44,3% с первично-хроническим бруцеллезом и у 41,2% с вторично-хроническим бруцеллезом поражались мелкие суставы кистей и стоп (таблица 8).

Таблица 8 – Частота проявления суставного синдрома

	Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P
	abc	M	m	abc	M	m	
плечевые суставы	16	20,3	4,5	20	18,7	3,8	>0,05
локтевые суставы	12	15,2	4,0	14	13,1	3,3	>0,05
лучезапястные суставы	14	17,7	4,3	16	15,0	3,4	>0,05
мелкие суставы кистей	15	19,0	4,4	19	17,8	3,7	>0,05
тазобедренные суставы	12	15,2	4,0	14	13,1	3,3	>0,05
коленные суставы	40	50,6	5,6	49	45,8	4,8	>0,05
голеностопные суставы	14	17,7	4,3	17	15,9	3,5	>0,05
мелкие суставы стоп	20	25,3	4,9	25	23,4	4,1	>0,05

При рентгенографии суставов выявлены изменения, указывающие далеко продвинутый процесс вплоть до деформирующего остеоартроза с остеофитозом коленных суставов — у больных с первично-хроническим бруцеллезом (21,5±4,6%), при вторично-хроническом бруцеллезе (46,7±4,8%); деформирующий артроз тазобедренных суставов — у больных с первично-хроническим бруцеллезом (20,3±4,5%), при вторично-

хроническом бруцеллёзе (41,1±4,8%); плечелопаточный периартроз — у больных первично-хроническим бруцеллёзом (19,0±4,4%), при вторично-хроническом бруцеллёзе (30,8±4,5%). Клинические наблюдения свидетельствуют о большой распространенности бруцеллезных поражений позвоночника (спондилитов, спондилоартритов, спондилодисцитов), которые рентгенологически проявлялись в виде дегенеративно-дистрофических изменений (остеохондроз, субхондральный остеосклероз, остеофитоз, деформирующий спондилез, унковертебральный артроз) — выявляли у 76,8% больных (таблица 9).

Таблица 9 – Частота поражения позвоночника

	Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P	
	abc	M	m	abc	M	m		
бурситы	67	84,8	4,0	29	27,1	4,3	<0,001	
тендовагинит	65	82,3	4,3	37	34,6	4,6	<0,001	
фиброзиты	37	46,8	5,6	53	49,5	4,8	<0,05	
остеомиелит тел позвонков	2	2,5	1,8	9	8,4	2,7	<0,05	
сacroилеит	39	49,4	5,6	50	46,7	4,8	<0,01	
спондилез, спондилодисцит	2	2,5	1,8	7	6,5	2,4	<0,05	
позвоночник	шейный отдел	19	24,1	4,8	46	43,0	4,8	<0,05
	грудной отдел	9	11,4	3,6	23	21,5	4,0	<0,001
	поясничный отдел	38	48,1	5,6	89	83,2	3,6	<0,001
	крестцово-подвздошное сочленение	17	21,5	4,6	34	31,8	4,5	<0,05

Жалобы, связанные с сердечно-сосудистой системой, чаще сводились к болям и неприятным ощущениям в области сердца, сердцебиению, «перебоям», повышению и снижению артериального давления, в связи с чем для понимания жалобы были разделены на экстракардиальные и кардиальные причины поражения сердца. При этом кардиалгия выявлялась у 31,6% больных с первично-хроническим бруцеллезом и 20,6% с вторично-хроническим бруцеллезом, тахикардия – у 49,4% с первично-хроническим бруцеллезом и 12,1% с вторично-хроническим бруцеллезом. Аускультативно у 54,5% больных с первично-хроническим бруцеллезом и 51% вторично-хроническим бруцеллезом выявлялась приглушенность сердечных тонов, у 15,4% больных с первично-хроническим бруцеллезом и у 23,2% с вторично-хроническим бруцеллезом – систолический шум на верхушке сердца. Перкуторно у 2,5% пациентов с первично-хроническим бруцеллезом и у 4,7% с вторично-хроническим бруцеллезом выявлялось расширение левой границы относительной тупости сердца.

ЭКГ изменения у больных хроническим бруцеллезом выявлялись в виде нарушения ритма сердца (синусовая тахикардия, синусовая брадикардия и синусовая аритмия) которые носили, как правило, преходящий характер, нормализация ритма наблюдалась через два дня от начала лечения при адекватной этиотропной и противовоспалительной терапии. Нарушения процессов реполяризации в виде диффузных изменений в миокарде у больных бруцеллезом встречались даже при не большой давности заболевания, носили выраженный и стойкий характер (таблица 10).

Таблица 10 – ЭКГ-изменения при хроническом бруцеллезе

Показатели электрокардиограммы		Первично-хронический n=79			Вторично-хронический n=107			P
		abc	M	m	abc	M	m	
Нарушения ритма	Синусовая аритмия	7	8,9	3,2	16	15,0	3,4	<0,001
	Синусовая тахикардия	39	49,4	5,6	13	12,1	3,2	<0,001
	Синусовая брадикардия	9	11,4	3,6	17	15,9	3,5	<0,001
Нарушения возбудимости	Единичные желудочковые экстрасистолы	7	8,9	3,2	11	10,3	2,9	<0,001
Нарушения проводимости	AV-блокада I степени	5	6,3	2,7	12	11,2	3,1	<0,001
	Неполные блокады ПНПГ	2	2,5	1,8	13	12,1	3,2	<0,001
	Полные блокады ПНПГ	3	3,8	2,2	10	9,3	2,8	<0,001
	Неполные блокады ЛНПГ	4	5,1	2,5	7	6,5	2,4	<0,001
Нарушения	Синдром ранней	8	10,1	3,4	14	13,1	3,3	

реполяризации	реполяризации							<0,001
	Диффузные изменения в миокарде	16	20,3	4,5	33	30,8	4,5	<0,001
	Гипертрофия левого желудочка	22	27,8	5,0	11	10,3	2,9	<0,001

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев симптомы со стороны ССС были проявлением интоксикационного синдрома и поражения ВНС, то есть носили экстракардиальный характер. Кардиальные проявления – то есть поражения самого миокарда (чаще в виде очагового миокардита), проявлением которого было нарушение проводимости в виде полных и неполных блокад ножек пучка Гиса.

Поражения уrogenитального тракта при хроническом бруцеллезе отмечается в 33%. При этом наиболее часто у мужчин диагностируется хронический простатит, орхит и эпидидимит, у женщин – оофорит, сальпингит, эндометрит, нарушения менструального цикла, невынашивание беременности и бесплодие.

Орхит у 2 (8,1) пациентов протекал тяжело, сопровождался лихорадкой, болями и неприятными ощущениями в области мошонки, яичка и их увеличением. Поражение обычно одностороннее, но с доброкачественным течением на адекватную терапию (таблица 11).

Таблица 11 – Поражения уrogenитального тракта при хроническом бруцеллезе у мужчин

Проявления	Первично-хронический n=37			Вторично-хронический n=77			P
	abc	M	m	abc	M	m	
Хронический простатит	8	21,6	6,8	15	19,5	4,5	<0,01
Орхит	3	8,1	4,5	2	2,6	1,8	>0,05
Эпидидимит	2	5,4	3,7	2	2,6	1,8	>0,05

Нарушение менструального цикла у женщин с первично-хроническим бруцеллезом отмечалось у 26 пациенток, при вторично-хроническом бруцеллезе у 18 пациенток. Среди обследованных женщин наблюдалось невынашивание беременности и вторичное бесплодие, чаще наблюдали сальпингоофориты в 16 случаях с первично-хроническим бруцеллезом и в 7 случае с вторично-хроническим бруцеллезом (таблица 12).

Таблица 12 – Поражения уrogenитального тракта при хроническом бруцеллезе у женщин

Проявления	Первично-хронический n=42			Вторично-хронический n=30			P
	abc	M	m	abc	M	m	
Сальпингоофорит	16	20,25	4,5	7	6,54	2,4	<0,01
Нарушение менструального цикла	26	32,91	5,3	18	16,82	3,6	<0,01
Не вынашивание беременности	5	6,33	2,7	2	1,87	1,3	>0,05
Вторичное бесплодие	2	2,53	1,8	1	0,93	0,9	>0,05

По мере перехода бруцеллеза в хроническую форму увеличивается частота хронических воспалительных сопутствующих заболеваний что усугубляет тяжесть состояния пациентов (таблица 13). Это по всей видимости связано с развитием и усугублением вторичного иммунодецитного состояния [5].

Таблица 13 – Частота встречаемости сопутствующих заболеваний

Заболевания	Первично-хронический n=76			Вторично-хронический n=110			P
	abc	M	M	abc	M	m	
Хронический бронхит	47	59,49	5,5	42	39,25	4,7	<0,001
Инфекция мочевыделительной системы	39	49,37	5,6	64	59,81	4,7	<0,001
Хронический гастрит	63	79,75	4,5	90	84,11	3,5	<0,001
Хронический холецистит	45	56,96	5,6	75	70,09	4,4	<0,001
Хронический панкреатит	56	70,89	5,1	29	27,10	4,3	>0,05
Артериальная гипертензия	24	30,38	5,2	11	10,28	2,9	<0,01

Заключения. Таким образом, клинические проявления хронического бруцеллеза носили разнообразный характер. Следует отметить, что на одного больного приходилось менее трех очаговых поражений.

Причиной диагностических ошибок является недооценка симптомокомплекса клинических проявлений бруцеллеза в зависимости от формы заболевания.

В ряде случаев не учитывается эпидемиологический анамнез, который в значительной мере способствует своевременной диагностике. Недостаточно используются специфические лабораторные методы исследования. Чаще всего диагностические ошибки являются следствием недостаточного знакомства врачей с особенностями клиники современного бруцеллеза, слабой настороженностью их в отношении этой инфекции, а также результатом некачественной оценки лабораторных данных без учета их зависимости от клинической формы. В диагностике современного бруцеллеза необходимо учитывать значительное преобладание хронических форм в сравнении с остросептической, а потому и в дифференциальной диагностике в первую очередь следует учитывать поражение периферической и центральной нервной системы, суставов и различные хронические заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Амირеев С. А. Эпидемиология. Частная эпидемиология. II том – Алматы: 2002. – 254 с.
- 2 Беклемишев Н. Д., Цой И. Г. Иммунопатогенез в инфекционном процессе - Алма-Ата: Гылым, 1992. – 335 с.
- 3 Белозеров Е. С., Муковозова Л. А. Клиника современного бруцеллеза и возможные диагностические ошибки // Материалы третьего объединенного съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов Казахстана. – Алма-Ата: 1980. - Т. 4. - С. 116-118.
- 4 Дуйсенова А. К. Клинико-иммунологические аспекты реабилитации больных бруцеллезом: дисс. ... д-р. мед. – Алматы, 2003. - 299 с.
- 5 Зубарева Е. В. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, эндотоксикоз и системное воспаление у больных хроническим бруцеллезом: автореф. дис. ... канд. мед. - Саратов, 2009. - 139 с.
- 6 Курманова К. Б. Бруцеллез. Клинические аспекты. – Алматы: Kitap, 2002. - 93 с.
- 7 Ляпина Е. П. Хронический бруцеллез: системное воспаление и эндотоксикоз, совершенствование терапии и эпидемиологического надзора: автореф. дис. ... д-р. мед. – М., 2008. - 308 с.
- 8 Магомедова С. А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезом и вопросы патогенетической терапии: автореф. дис. ... канд. мед. – М., 2008. - 145 с.
- 9 Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни. Национальное руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 1056-1058.
- 10 Akdeniz H. et al. Central nervous system brucellosis : presentation, diagnosis and treatment // Journal of Infection. - 1998. - Т. 36. - N 3. - P. 297-301.
- 11 Buzgan T. et al. Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature // International Journal of Infectious Diseases. - 2010. - Т. 14. - N 6. - P. 469 - 478.
- 12 Corbel M. J. Brucellosis: an overview // Emerging infectious diseases. -1997. - Т. 3. - N 2. - P. 213-216.
- 13 Dean A. S. et al. Clinical manifestations of human brucellosis: a systematic review and meta-analysis // PLoS neglected tropical diseases. - 2012. - Т. 6. - N 12. - P. 1929-1934.
- 14 Galińska E. M., Zagórski J. Brucellosis in humans-etiology, diagnostics, clinical forms // Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM. - 2013. - Т. 20. - N 2. - P. 233-238.
- 15 Pappas G. et al. The new global map of human brucellosis // The Lancet infectious diseases. - 2006. - Т. 6. - N 2. - P. 91-99.

Г. М. КУРМАНОВА ¹, Г. М. БАРАТОВА ², Н. А. АКЕШОВА ², А.Е. МАМУТОВА ²,
И. С. МОЛДАЛИЕВ ², К.С. БАБАЕВА ²

¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы

² Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қаласы, Қазақстан Республикасы

СОЗЫЛМАЛЫ БРУЦЕЛЛЕЗДІҢ АУЫР АҒЫМДЫ ОШАҚТЫ КӨРІНІСТЕРІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Түйін: Түркістан қалалық орталық ауруханасының жұқпалы аурулар бөлімшесінде емделген созылмалы бруцеллездің ауыр ағымдағы ошақты зақымдануларымен сипатталатын суб- және декомпенсация сатысындағы 186 науқастың клиникалық-зертханалық және серологиялық зерттеу нәтижелеріне салыстырмалы талдау жүргізілді. Біріншілік созылмалы және екіншілік созылмалы бруцеллезбен ауырған науқастарда ең жиі симптомдар мен синдромдарға талдау жүргізілді.

Түйінді сөздер: созылмалы бруцеллез, ошақты көріністер

G. M. KURMANOVA ¹, G. M. BARATOVA ², N.A.AKESHOVA ², A. E. MAMUTOVA ², I. S. MOLDALIYEV ², K. S. BABAeva ²

¹ S. D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University. (Kazakhstan, Almaty)

² H. A. Yasawi International Kazakh-Turkish University. (Kazakhstan, Turkestan)

THE CHRONIC BRUCELLOSIS CLINICAL PICTURE FEATURES

Resume: The comparative analysis of clinical and laboratory data and the results of the serological study of 186 patients suffering from the most severe stage of brucellosis in sub- and decompensation with poly-focal lesions was carried out on the basis of Turkestan City Central Hospital in the infectious department. The syndromes and their symptoms in patients with primary chronic brucellosis and secondary chronic brucellosis are thoroughly investigated.

Keywords: chronic brucellosis, poly-focal lesions