

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: ДМН, Профессор, Тихонова Е.П.
Руководитель ординатуры: КМН, доцент. Кузьмина Т.Ю.

Реферат

Тема: Бруцеллез

*Свершено
зам. к.м.н. Т.Ю. = Кузьмина Т.Ю.*

Выполнила: ординатор 2 года
Павлова А.Е.

Красноярск 2024

План

План

Определение

МКБ-10

Этиология

Эпидемиология

Профилактика

Патогенез

Клиническая картина

Диагностика

Дифференциальная диагностика

 Примерная формулировка диагноза

Лечение

Прогноз

Диспансеризация

Список литературы

Определение

Бруцеллез (brucellosis, лихорадка мальтийская, лихорадка гибралтарская, лихорадка средиземноморская, лихорадка ундулирующая, болезнь Банга, болезнь Брюса, мелитококкоз, мелитококциоз) - зоонозная инфекционная болезнь с многообразными механизмами передачи возбудителя, характеризующаяся бактериемией, специфической гиперчувствительностью, лихорадкой, поражением опорно-двигательного аппарата, нервной системы, половых органов и склонностью к хронизации.

МКБ-10

A23 Бруцеллез.

A23.0 Бруцеллез, вызванный *Brucella melitensi*.

A23.1 Бруцеллез, вызванный *Brucella abortus*.

A23.2 Бруцеллез, вызванный *Brucella suis*.

A23.3 Бруцеллез, вызванный *Brucella canis*.

A23.8 Другие формы бруцеллеза.

A23.9 Бруцеллез неуточненный.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудители - представители рода *Brucella* семейства *Brucellaceae*. Бруцеллез человека может быть обусловлен тремя основными видами бруцелл: *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis*, в редких случаях - *B. canis*. Наиболее частая причина болезни - *B. melitensis*, которая подразделяется на 3 биовара. Основные хозяева - овцы и козы. Реже встречаются *B. abortus*, представленные 7 биоварами; основной хозяин - крупный рогатый скот. У третьего вида бруцелл, *B. suis*, выделяют 5 био-варов. Основные хозяева - свиньи (типы 1-3), зайцы (тип 2) и северный олень (биовар 4). Основным хозяином *B. canis* являются собаки.

Бруцеллы отличаются выраженным полиморфизмом, они могут быть шаровидной, овальной и палочковидной формы. Размер их равен 0,3-0,6 мкм для кокковых и 0,6-2,5 мкм для палочковидных форм. Они неподвижны, спор не образуют, жгутиков не имеют, грамотрицательны, факультативные анаэробы, растут медленно на сложных питательных средах. Бруцеллы - внутриклеточные паразиты. Отличаются значительной изменчивостью и переходят из S-формы в K- и L-формы. Устойчивы в окружающей среде. В воде сохраняются свыше 2 мес, в молоке - 40 дней, в брынзе - 2 мес, в сыром мясе - 3 мес, в засоленном мясе - до 30 дней, в шерсти - до 4 мес. При кипячении погибают мгновенно, чувствительны к дезинфицирующим средствам, к антибиотикам многих. Имеют 2 антигена - А и М. Основной фактор патогенности - ЛПС, важную роль играет гиалуронидаза, определяющая способность бруцелл проникать через неповрежденные слизистые оболочки и кожный покров.

Эпидемиология

Бруцеллез - облигатный зооноз. Резервуар и источник возбудителя - домашние животные (овцы, козы, коровы, свиньи, реже собаки). Хотя к бруцеллезу чувствительны дикие животные (зайцы, северные олени), природных очагов инфекции нет. Бруцеллез распространен во многих странах мира (до 500 тыс. случаев в год), особенно в регионах с животноводческой ориентацией сельского хозяйства (Средиземноморье, Арабский залив, Индийский субконтинент, страны Латинской Америки, Восточная и Центральная Азия, Африка). В России бруцеллез регистрируют в Республике Дагестан, Краснодарском и Ставропольском крае, на Южном Урале, Алтае, в Республике Тыва.

Человек заражается от больных животных контактным, алиментарным, редко - аэрогенным путем. Заражение контактным путем носит профессиональный характер, особенно часто происходит при попадании на кожу околородной жидкости (помощь при отелах, ягнении, при уходе за новорожденными телятами, ягнятами). Часто заражаются ветеринарные работники, телятницы, чабаны и др. Заражение может наступить и при контакте с мясом инфицированных животных. Алиментарное заражение часто происходит при употреблении непастеризованного молока или приготовленных из него продуктов (брынза, сыр, масло). Аэрогенное заражение наблюдается редко при попадании в дыхательные пути пыли, содержащей бруцеллы (в местах выпаса и в загонах для содержания скота, при стрижке овец), а также в лабораториях при нарушении техники безопасности. Чаще заболевают лица трудоспособного возраста (18-50 лет). Заболеваемость носит преимущественно профессиональный характер (работники животноводства, мясо- и молококомбинатов, ветеринары). Восприимчивость высокая. Инфицирующая доза составляет всего от 10 до 100 микробных тел. Постинфекционный иммунитет ненапряженный, через 5-6 лет возможна реинфекция.

Профилактика

Основное направление - профилактика бруцеллеза у сельскохозяйственных животных: предупреждение заноса в благополучные хозяйства, систематические обследования и выбраковка больных животных в неблагополучных хозяйствах, вакцинация животных, гигиеническое содержание и дезинфекция помещений, в которых находятся животные. Лица, ухаживающие за ними, должны носить спецодежду, систематически обследоваться на бруцеллез. Обязательны пастеризация молока, выдерживание брынзы не менее 2 мес, а твердых сыров - 3 мес. Работникам животноводства (а по показаниям - населению неблагополучных районов) вводят бруцеллезную сухую живую вакцину (накожно в объеме 2 капель или подкожно - 5 мл). Ревакцинацию проводят в половинной дозе через 10-12 мес.

Патогенез

Входные ворота инфекции - неповрежденная кожа, микротравмы кожи, неповрежденные слизистые оболочки органов пищеварения и респираторного тракта.

В месте внедрения возбудителя изменений не наблюдают. По лимфатическим путям бруцеллы достигают регионарных ЛУ, но и здесь выраженные изменения отсутствуют. Размножение и накопление бруцелл происходит преимущественно в ЛУ, из которых они периодически поступают в кровь, а гибель сопровождается освобождением эндотоксина, вызывающего лихорадку, поражение вегетативной нервной системы. С кровотоком возбудитель разносится по всему организму, концентрируясь в органах и тканях, богатых макрофагами (печень, селезенка, мышцы, фасции, суставные сумки, сухожилия), где вследствие незавершенного фагоцитоза длительно сохраняется, вызывает воспалительную реакцию с образованием специфических гранул.

Для бруцеллеза характерна выраженная аллергическая перестройка организма, резко выражена ГЗТ, сохраняющаяся длительное время даже после освобождения организма от возбудителя. Аллергия играет большую роль в формировании вторичных очагов инфекции. Бруцеллез отличается склонностью к хроническому течению, что связано с длительным персистированием бруцелл в организме. До введения в лечебную практику антибиотиков бруцеллы сохранялись в организме до двух лет, более длительное течение болезни связано с влиянием антибиотиков: часть бруцелл может переходить в L-формы и длительно сохраняется внутриклеточно.

Клиническая картина

Инкубационный период при остром начале бруцеллеза продолжается около 3 нед, однако если бруцеллез начинается как первично-латентный, который затем переходит в клинически выраженную форму, то инкубация может длиться несколько месяцев. Многообразие клинических проявлений болезни обусловило необходимость разработать классификацию клинических форм. Единой классификации не существует.

Наиболее обоснована классификация клинических форм бруцеллеза, предложенная Н.И. Рагозой (1952) и построенная на клинико-патогенетическом принципе. Н.И. Рагоза показал фазность динамики бруцеллезного процесса.

Он выделил четыре фазы:

- компенсированной инфекции (первично-латентная);
- острого сепсиса без местных поражений (декомпенсация);
- подострого или хронического рецидивирующего заболевания с образованием местных поражений (декомпенсация или субкомпенсация);
- восстановления компенсации с остаточными явлениями или без них.

С этими фазами тесно связаны и выделены пять клинических форм бруцеллеза:

- первично-латентная;
- остросептическая;
- первично-хроническая метастатическая;
- вторично-хроническая метастатическая;
- вторично-латентная.

В качестве отдельного варианта выделена септико-метастатическая форма, к которой относят те случаи, когда на фоне остросептической формы обнаруживают отдельные

очаговые изменения (метастазы). В классификации показана динамика дальнейшего развития каждой выделенной формы.

Первично-латентная форма бруцеллеза характеризуется состоянием практического здоровья. Включение ее в классификацию клинических форм обусловлено тем, что при ослаблении защитных сил организма она может перейти или в остросептическую, или в первично-хроническую метастатическую форму. При тщательном обследовании лиц с этой формой бруцеллезной инфекции иногда можно обнаружить микросимптомы в виде небольшого увеличения периферических ЛУ, субфебрилитета, повышенной потливости при физическом напряжении. Однако эти лица считают себя здоровыми и полностью сохраняют работоспособность.

Остросептическая форма характеризуется высокой лихорадкой (39-40 °С и выше), температурная кривая имеет в ряде случаев тенденцию к волнообразному течению, нередко неправильного (септического) типа с большой суточной амплитудой, повторными приступами озноба и пота. Несмотря на высокую и очень высокую температуру тела, самочувствие больного остается удовлетворительным (при температуре 39 °С и выше больной может читать, смотреть телевизор и т.д.). Отсутствуют и другие признаки общей интоксикации.

Характерно умеренное увеличение всех групп ЛУ, некоторые из них чувствительны при пальпации. К концу 1-й недели болезни часто увеличиваются печень и селезенка. При исследовании периферической крови отмечается лейкопения, СОЭ не повышена. Главное отличие этой формы - отсутствие очаговых изменений (метастазов). Без антибиотикотерапии лихорадка может длиться 3-4 нед и более. Эта форма не угрожает жизни больного и даже без этиотропного лечения заканчивается выздоровлением. В связи с этим остросептическую форму бруцеллеза нельзя считать сепсисом, а нужно рассматривать как один из вариантов бруцеллеза.

Хронические формы бруцеллеза в одних случаях развиваются сразу, минуя острую фазу, в других случаях признаки хронического бруцеллеза появляются спустя какое-то время после остросептической формы бруцеллеза. По клиническим проявлениям первично- и вторично-хронические метастатические формы бруцеллеза ничем не различаются. Единственное отличие - наличие или отсутствие остросептической формы в анамнезе.

Клинически хронические формы характеризуются синдромом общей интоксикации, на фоне которой наблюдают ряд органических поражений. Отмечают длительный субфебрилитет, слабость, повышенную раздражительность, плохой сон, нарушение аппетита, снижение работоспособности. Почти у всех больных наблюдают генерализованную ЛАП, причем наряду с относительно недавно появившимися увеличенными узлами (мягкими, чувствительными или болезненными при пальпации) отмечают мелкие, очень плотные безболезненные склерозированные ЛУ (0,5-0,7 см в диаметре). Часто обнаруживают увеличение печени и селезенки. На этом фоне выявляют органические поражения.

Наиболее типично поражение опорно-двигательного аппарата. Больные жалуются на боли в мышцах и суставах, преимущественно в крупных. Для бруцеллеза характерен полиартрит, при каждом обострении в процесс вовлекаются новые суставы. Чаше

поражаются коленный, локтевой, плечевой, тазобедренный суставы, редко - мелкие суставы кисти и стоп. Характерны периартрит, параартрит, бурсит, экзостозы. Суставы опухают, подвижность в них ограничена, кожа над ними, как правило, нормальной окраски. Нарушение подвижности и деформация суставов обусловлены разрастанием костной ткани. Поражается позвоночник, чаще в поясничном отделе.

Для бруцеллеза типичен сакроилеит, диагностическая значимость его крайне велика, так как другие этиологические агенты вызывают его очень редко. Для выявления сакроилеита существует ряд диагностических приемов. Информативен симптом Эриксона: больного укладывают на перевязочный стол и производят давление на гребень подвздошной кости при положении на боку или сдавливают обеими руками передние верхние гребни подвздошных костей в положении на спине. При одностороннем сакроилеите возникают боли на пораженной стороне, при двустороннем - отмечают боли в крестце с двух сторон.

Для диагностики сакроилеитов проверяют наличие и других симптомов: Нахласса, Ларрея, Джона-Бера, Ганслена, Фергансона и др.

Симптом Нахласса: при положении больного на столе лицом вниз сгибают ему ноги в коленных суставах. При подъеме конечности появляется боль в пораженном крестцово-подвздошном сочленении. Симптом Ларрея: больного укладывают на стол в положении на спине. Врач обеими руками растягивает в стороны выступы крыльев подвздошных костей, при этом возникает боль на пораженной стороне (при одностороннем сакроилеите). Симптом Джона-Бера: больной находится в положении на спине, при давлении на лонное сочленение перпендикулярно вниз он ощущает боль в крестцово-подвздошном сочленении.

При хронических формах бруцеллеза часто поражаются не только суставы, но и мышцы. Миозиты проявляются тупыми, продолжительными болями в пораженных мышцах, интенсивность их нередко связана с изменениями погоды. При пальпации, чаще в мышцах конечностей и поясницы, определяют более болезненные участки, а в толще мышц прощупывают болезненные уплотнения различных размеров и формы. Чаще они пальпируются в виде тяжей, валиков, реже имеют округлую или овальную форму. Со временем в одном участке изменения мышц проходят, но появляются воспалительные очаги в других мышечных группах. После введения специфического антигена (например, при постановке пробы Бюрне) болевые ощущения в области пораженных мышц заметно усиливаются, а иногда можно определить и увеличение размеров воспалительного инфильтрата.

Помимо миозитов, у больных бруцеллезом часто (до 50-60%) выявляют фиброзит (целлюлит), который может локализоваться в подкожной клетчатке на голенях, предплечьях и особенно часто на спине и пояснице. Размеры области фиброзитов (целлюлитов) колеблются от 5-10 мм до 3-4 см. Вначале их прощупывают в виде мягких овальных образований, болезненных или чувствительных при пальпации (иногда больные сами обращают внимание на их появление). В дальнейшем они уменьшаются в размерах, могут полностью рассосаться или склерозируются и остаются на длительное время в виде небольших плотных образований,

безболезненных при пальпации. При обострениях возможно появление новых фиброзитов.

Поражение нервной системы при хроническом бруцеллезе проявляется чаще всего невритом, полиневритом, радикулитом. Поражение ЦНС (миелит, менингит, энцефалит, менингоэнцефалит) наблюдают редко, но эти осложнения протекают длительно и довольно тяжело.

Изменения половой системы у мужчин выражены орхитом, эпидидимитом; снижена половая функция. У женщин наблюдают сальпингит, метрит, эндометрит. Возникает аменорея, может развиваться бесплодие. У беременных часты аборт, мертворождения, преждевременные роды. Описан врожденный бруцеллез у детей.

Иногда наблюдают поражения глаз (ирит, хориоретинит, увеит, кератиты, атрофия зрительного нерва и др.).

При аэрогенном заражении часто развиваются вялотекущие бруцеллезные пневмонии, которые безуспешно лечатся антибиотиками.

Возможны миокардит, эндокардит, аортит и другие поражения сердечнососудистой системы.

Вторично-хроническая форма протекает так же, как и первично-хроническая. И та, и другая заканчиваются переходом во вторично-латентную форму, может неоднократно рецидивировать.

Вторично-латентная форма отличается от первично-латентной тем, что она значительно чаще переходит в манифестные формы (рецидивирует); кроме того, на фоне вторичной латенции возможно развитие различных резидуальных явлений после хронических форм (ограничение подвижности суставов, бесплодие, нарушение зрения и т.д.).

Течение бруцеллеза зависит от вида возбудителя. При овечьем бруцеллезе (*Brucella melitensis*) болезнь чаще начинается остро и протекает тяжелее, чем при заражении от коров (*Brucella abortus*). Однако нужно учитывать, что при совместном содержании скота отмечают инфицирование коров от овец, и тогда человек заражается от коров *Brucella melitensis*.

Осложнения, вызванные вторичной флорой, редки.

Диагностика

При диагностике бруцеллеза учитывают эпидемиологические предпосылки. Во многих районах средней полосы и юго-запада России у животных бруцеллез давно уже ликвидирован, следовательно, условия для заражения людей отсутствуют. В этих регионах бруцеллез - «завозная» инфекция. Необходимо уточнить пребывание в

местах, где бруцеллез еще встречаются. Однако иногда заражение происходит через продукты, инфицированные бруцеллами (брынза домашнего изготовления, молоко и др.).

Лабораторное подтверждение бруцеллеза ограничено, поскольку бруцеллы относятся к опасным возбудителям, поэтому выделение гемокультуры, пробы на морских свинках проводят только в специальных лабораториях, оборудованных в соответствии с требованиями профилактики. При серологических и аллергологических исследованиях необходимо учитывать, что у привитых против бруцеллеза довольно долго могут быть положительными результаты и серологических реакций, и особенно кожной аллергической пробы Бюрне.

Из серологических реакций используется РА (реакция Райта). Положительным считается титр 1:100 и выше. РА на стекле (реакция Хеддлсона) для диагностики не используют. Она применяется при массовых обследованиях по эпидемиологическим показаниям. Реакция Хеддлсона часто дает ложноположительные результаты. В определенной степени это связано с перекрестными реакциями с рядом антигенов (иерсинии, возбудитель туляремии, противохолерная вакцинация и др.). Следует учитывать, что *B. melitensis* и *B. abortus* имеют перекрестные реакции между собой, но не с *B. canis*, так что для выявления антител к этой бруцелле необходим специальный диагностикум.

При острой форме бруцеллеза антитела в диагностическом титре можно определить со 2-й недели болезни, в дальнейшем титр их нарастает. Аллергическая проба становится положительной в конце первой и на 2-й неделе. При хронических формах нарастания титра антител часто не обнаруживают. Следует учитывать, что постановка аллергической пробы может вызвать появление антител или нарастание их титра, поэтому ее постановку следует проводить после взятия крови на серологические исследования.

В последние годы широко применяется ПЦР-диагностика, которая позволяет выявить специфические фрагменты генома возбудителя с первых дней болезни (до применения антибиотиков) при низкой микробной нагрузке (100-1000 микробных тел в мкл). ПЦР позволяет получить результат в течение 4-6 ч, обладает 100% специфичностью.

Применяют также ИФА как для выявления антигенов возбудителя, так и антител, реакцию Кумбса и РНГА.

Дифференциальная диагностика

Существенно различается в зависимости от формы бруцеллеза. Остросептическую форму следует дифференцировать от многих заболеваний, сопровождающихся высокой лихорадкой. Основное отличие бруцеллеза - удовлетворительное самочувствие больных при температуре 39-40 °С, хотя при некоторых болезнях (лимфогранулематоз, туберкулез) самочувствие также может оставаться удовлетворительным при высокой температуре. Для этих болезней характерны

органные поражения: значительное увеличение какой-либо группы ЛУ, изменения в легких.

При острой форме бруцеллеза нет очаговых органических поражений, бывают лишь увеличены печень и селезенка, отсутствуют изменения крови (рис. 20.3).

Труднее дифференцировать хронические формы бруцеллеза. Их особенность - поражение суставов, в связи с чем их следует дифференцировать от многих болезней, характеризующихся артритом.

Острые артриты могут появляться при многих острых инфекционных болезнях (псевдотуберкулез, иерсиниоз, эпидемический паротит, краснуха, скарлатина и др.). В таких случаях диагностику облегчает наличие симптоматики, характерной для того или иного инфекционного заболевания.

Более тяжелое гнойное поражение суставов наблюдают при сепсисе и генерализованных формах ряда болезней (сап, мелиоидоз, листериоз). Отличие данных заболеваний - тяжелое состояние больных, тогда как больные бруцеллезом чувствуют себя удовлетворительно. Моноартриты крупных суставов бывают следствием гонореи или хламидиоза (в сочетании с уретритом и другими проявлениями этих болезней).

Бруцеллез - единственная инфекционная болезнь, при которой развивается хронический полиартрит, поэтому ее необходимо дифференцировать от полиартритов другой этиологии: ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии, псориазического артрита, саркоидоза. Отличить их от бруцеллеза можно по комплексу клинических признаков, не характерных для бруцеллеза. Проводят также комплекс соответствующих лабораторных и инструментальных исследований, чтобы исключить эти заболевания (рис. 20.4).

Показания к консультации других специалистов

При формах бруцеллеза с поражением сердечно-сосудистой системы - консультация кардиолога, при урогенитальных формах - консультация уролога или акушера-гинеколога, суставов - ревматолога.

Примерная формулировка диагноза

A23.9 Острый бруцеллез, острый артрит коленных суставов и тазобедренного сустава справа, левосторонний архит (реакция Райта 1:400, проба Бюрне+++ , ПЦР+).

Лечение

В соответствии с «Федеральными стандартами объема медицинской помощи, оказываемой больным бруцеллезом» длительность госпитализации составляет 26 дней для больных острым бруцеллезом и 30 дней - хроническим. Комплекс терапии

включает антибактериальную терапию, НПВС, глюкокортикоиды, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную, вакцино-, иммуно-, физиотерапию и санаторно-курортное лечение.

Антибактериальную терапию проводят при наличии лихорадочной реакции.

Продолжительность лечения составляет до 1,5 мес. Рекомендуют одну из схем:

- доксициклин внутрь по 100 мг 2 р/сут + стрептомицин в/м по 1 г/сут (первые 15 дней);

- доксициклин внутрь по 100 мг 2 р/сут + рифампицин внутрь по 600-900 мг/сут в 1-2 приема;

- ко-тримоксазол [сульфаметоксазол + триметоприм] (Ко-тримоксазол) внутрь по 960 мг 2 р/сут + рифампицин внутрь по 600 мг 1-2 р/сут или стрептомицин в/м по 1 г 1 р/сут.

Эффективны также комбинации доксициклина с гентамицином и рифампицина с офлоксацином, пефлоксацином.

В связи с высокой эффективностью антибиотиков и сенсibiliзирующим эффектом вакцинолечения в настоящее время не рекомендуют.

Следует учитывать, что даже при полном исчезновении всех клинических проявлений у 20-30% больных бруцеллезом в дальнейшем может наступить обострение.

С целью десенсибилизации при всех формах бруцеллеза применяют антигистаминные препараты (хлоропирамин, мебгидролин, прометазин). При поражении опорно-двигательного аппарата (артрит, полиартрит) показаны НПВС: диклофенак, ибупрофен, индометацин, мелоксикам, нимесулид и др. При неэффективности НПВС их сочетают с глюкокортикоидами (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон) в средних терапевтических дозах (30-40 мг преднизолона перорально) со снижением дозы через 3-4 дня. Продолжительность курса лечения 2-3 нед. Глюкокортикоиды показаны также при поражении нервной системы, орхитах.

Хронические формы болезни, протекающие с обострением, при наличии изменений в иммунном статусе указывают на иммуносупрессию. Это показание к назначению иммуномодуляторов [аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин (Имунофан), азоксимера бромид (Полиоксидоний) и др.].

При поражениях опорно-двигательного аппарата и ПНС рекомендуют физиотерапию [индуктотерапия, электрофорез прокаина (Новокаина), гиалуронидазы (Лидазы), диметилсульфоксида (Димексида); ультравысокочастотная терапия, ионогальванотерапия, применение озокерита, парафиновых аппликаций, массаж, лечебная гимнастика и др.].

После того как признаки активности процесса исчезают, назначают бальнеотерапию. Преимущество отдают местным курортам. При нейровегетативных нарушениях показаны гидрокарбонатные, гидросульфатно-сероводородные, радоновые воды. При поражениях опорно-двигательного аппарата и ПНС эффективна грязелечение.

Прогноз

При поражениях опорно-двигательного аппарата и ПНС рекомендуют физиотерапию [индуктотерапия, электрофорез прокаина (Новокаина), гиалуронидазы (Лидазы), диметилсульфоксида (Димексида); ультразвуково-высокочастотная терапия, ионогальванотерапия, применение озокерита, парафиновых аппликаций, массаж, лечебная гимнастика и др.].

После того как признаки активности процесса исчезают, назначают бальнеотерапию. Преимущество отдают местным курортам. При нейровегетативных нарушениях показаны гидрокарбонатные, гидросульфатно-сероводородные, радоновые воды. При поражениях опорно-двигательного аппарата и ПНС эффективна грязелечение.

Диспансеризация

Переболевшие острым и подострым бруцеллезом находятся под наблюдением на протяжении 2 лет с момента заболевания, если отсутствуют клинико-иммунологические признаки хронизации процесса. Переболевших обследует врач КИЗ в первый год через 1-3, 6, 9, 12 мес, а в течение второго года - ежеквартально. В это время они подлежат тщательному клиническому и серологическому обследованию (реакции Райта, РПГА, Хеддлсона).

В период диспансерного наблюдения проводят профилактическое противорецидивное лечение в первый год при каждом обследовании, в течение второго года - 2 раза (весной и осенью).

Переболевших острым и подострым бруцеллезом с диспансерного учета снимает комиссия в составе врача-инфекциониста, терапевта и эпидемиолога в том случае, если на протяжении последних 2 лет наблюдения не отмечали признаков хронизации процесса.

Больным хроническим бруцеллезом ежеквартально проводят тщательное клиническое обследование с обязательной термометрией и серологическим исследованием (реакции Райта и РПГА). В периоды, наиболее неблагоприятные для течения заболевания (весной и осенью), целесообразно противорецидивное лечение. Переболевших хроническим бруцеллезом снимают с диспансерного учета, так же, как и лиц с острым и подострым бруцеллезом.

Пациентов с резидуальным бруцеллезом направляют на лечение к соответствующим специалистам в зависимости от преимущественного поражения органов и систем.

Чабаны, доярки, ветеринарные работники, работники мясокомбинатов и другие профессиональные группы подлежат постоянному диспансерному наблюдению в течение всего периода работы.

Лица, взятые на учет как подозрительные на заболевание бруцеллезом (с положительными серологическими реакциями или аллергической пробой Бюрне) без явных клинических проявлений, должны обследоваться не реже одного раза в квартал. Если титр серологических реакций нарастает, больных повторно обследуют не реже одного раза в 2 мес, при необходимости назначают лечение.

Список литературы

1. Инфекционные болезни. Национальное руководство: под редакцией Н.Д. Ющук - 2-е изд., перераб. и доп., - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Курманова Г.М., Дуйсенова А.К., Курманова К.Б., Спиричева Н.Х. Оценка иммунного статуса и дифференцированная иммунокоррекция при бруцеллезе: методические рекомендации. - Алма-Аты, 2002. - 30 с.
3. Профилактика и лабораторная диагностика бруцеллеза людей: методические указания от 30.01.2003 № МУ 3.1.7.1189-03.
4. Руководство по медицинской микробиологии. Книга II / под. ред. А.С. Лабинской, Н.Н. Костюковой, С.М. Ивановой. - М.: БИНОМ, 2012. - 1192 с.
5. Методические рекомендации по лечению больных бруцеллезом / Под ред. Д.Р. Ахмедова. - М., 1995. - 25 с.

Институт последипломного образования

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Рецензия КМН, доцента кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора 2 года обучения специальности "инфекционные болезни" Павловой Анны Евгеньевны

По теме: Бруцеллез

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
Структурированность	соответствует
Наличие орфографических ошибок	нет
Соответствие текста реферата по теме	соответствует
Владение терминологией	владеет
Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	раскрыта полностью
Логичность доказательной базы	имеется
Умение аргументировать основные положения и выводы	умеет
Круг использования известных научных источников	5 источников
Умение сделать общий вывод	умеет
Актуальность	актуальна

Итоговая оценка: положительная/отрицательная
Комментарий рецензента

Дата: 15.09.23
Подпись рецензента *ТК-15*
Подпись ординатора *Анна*