doi: 10.17116/terarkh2015871111-17

© Коллектив авторов, 2015

Бруцеллез в Ставропольском крае: результаты 15-летнего наблюдения эпидемиологических и клинических особенностей

И.В. САННИКОВА[1], О.В. МАХИНЯ[1], В.В. МАЛЕЕВ[2], Д.А. ДЕЙНЕКА[1], О.Г. ГОЛУБЬ[3], И.В. КОВАЛЬЧУК[4], Г.И. ЛЯМКИН[5]

[1]ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия; [2]ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия; [3]ГБУЗ СК «Городская клиническая больница №2» Минздрава России, Ставрополь, Россия; [4]Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей по Ставропольскому краю, Ставрополь, Россия; [5]Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Ставрополь, Россия

Brucellosis in the Stavropol Territory: Results of 15-year follow-up of epidemiological and clinical features

I.V. SANNIKOVA[1], O.V. MAKHINYA[1], V.V. MALEEV[2], D.A. DEINEKA[1], O.G. GOLUB[3], I.V. KOVALCHUK[4], G.I. LYAMKIN[5]

[1]Stavropol State Medical University, Ministry of Health of Russia, Stavropol, Russia; [2]Central Research Institute of Epidemiology, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow, Russia; [3]City Clinical Hospital Two, Ministry of Health of Russia, Stavropol, Russia; [4]Stavropol Territory Directorate, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Stavropol, Russia; [5]Stavropol Antiplague Research Institute, Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Stavropol, Russia

Резюме

Цель исследования. Анализ эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Ставропольском крае и определение особенностей острой формы заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Ставропольском крае на основании статистических данных официальной регистрации заболеваемости бруцеллезом в Российской Федерации и Ставропольском крае за 2000—2014 гг.; отдельных документов Управления Роспотребнадзора по Российской Федерации и Ставропольскому краю, медицинской документации бруцеллезного отделения городской больницы Ставрополя.

Результаты. Бруцеллез — социально значимая проблема в группе очаговых зоонозных инфекций на территории Российской Федерации. Наибольшее число случаев впервые выявленного бруцеллеза у человека на территории Северо-кавказского федерального округа регистрируется в Республике Дагестан (59,3%) и Ставропольском крае (27,4%). Заболеваемость бруцеллезом в Ставропольском крае превышает общероссийскую в 5—10 раз. Истинная распространенность бруцеллеза превышает данные статистки на 25% с учетом клинических форм, не включенных в официальную регистрацию. В 49,7% случаев человек инфицировался при контакте с крупным и мелким рогатым скотом. Преимущественно болеют мужчины (78,3%), лица трудоспособного возраста (67,7%); 78,5% больных выявлены при обращении за медицинской помощью при охвате серологическим обследованием групп риска инфицирования бруцеллезом до 79,9%. Отмечается тенденция к уменьшению числа больных с профессиональным бруцеллезом. При этом бруцеллез составляет 75% от общей профессиональной патологии края. За последние 10 лет бруцеллез характеризуется относительно доброкачественным течением (91,3% средней степени тяжести) с преимущественным поражением костно-суставной системы (63%). Одним из факторов хронизации бруцеллеза является не соблюдение режима антибактериальной терапии на амбулаторном этапе. У 28,2% больных, завершивших полный курс лечения, хронический бруцеллез формировался реже ($p<0,005$), чем в группе больных, которые перестали лечиться по различным причинам.

Заключение. Регистрация бруцеллеза среди людей является следствием неблагополучной эпизоотической ситуации по бруцеллезу животных. Наиболее высокая заболеваемость бруцеллезом наблюдается в северо-восточных районах Ставропольского края, граничащих с Республикой Дагестан. Истинная распространенность бруцеллеза значительно превышает официальные статистические данные. Активное выявление инфекции, своевременная диагностика позволят определить истинную эпидемическую ситуацию по бруцеллезу. Преемственность ведения и диспансеризация обеспечат снижение медицинских и социальных потерь, связанных с этой инфекцией.

Ключевые слова: бруцеллез, заболеваемость, эпидемиология, клинические проявления.

Aim. To analyze the epidemiological situation of brucellosis in the Stavropol Territory and to determine the specific features of its acute form.

Materials and methods. The epidemiological situation of brucellosis in the Stavropol Region was retrospectively analyzed using the 2000-2014 official statistics of the Russian Federation and Stavropol Territory for brucellosis cases, individual documents of the Russian Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare Directorate in the Stavropol Territory and Russian Federation, and medical records of the Brucellosis Department, Stavropol Hospital Two.

Results. Brucellosis is a social problem in a group of focal zoonotic infections in the Russian Federation. In the North Caucasian Federal District, the largest number of new human brucellosis cases was notified in the Republic of Dagestan (59.3%) and Stavropol Territory (27.4%). The incidence of brucellosis in the Stavropol Territory was 5—10-fold higher than that in the Russian Federation as a whole. The true prevalence of brucellosis was 25% greater than the statistical data in terms of its clinical forms that were not included in official registration. Infection occurred in humans by contact with large and small cattle in 49.7% of cases. The disease mainly affected men (78.3%) and able-bodied people (67.7%); 78.5% of the patients seeking medical advice and as high as 79.9% of those being covered by serological examination of groups at risk for brucellosis were detected. There was a

declining trend for the number of occupational brucellosis cases. At the same time, brucellosis accounted for 75% of the territory's total number of occupational diseases. In the past decade, brucellosis has exhibited a relatively benign course (91.3% for its moderate form), by predominantly involving the osteoarticular system (63%). Non-compliance with outpatient antibacterial therapy is one of the factors for brucellosis chronization. 28.2% of the patients who had undergone a complete therapy cycle developed chronic brucellosis less frequently ($p<0.005$) than those who had stopped treatment for different reasons.

Conclusion. Registration of brucellosis among humans is a result of the unfavorable epizootic situation of animal brucellosis. The highest incidence of brucellosis is observed in the northeastern areas of the Stavropol Territory, which border the Republic of Dagestan. The true prevalence of brucellosis greatly exceeds the official statistical data. Active detection of infection and timely diagnosis will be able to determine the real epidemic situation of brucellosis. Continuity of management and follow-up will provide a reduction in medical and social losses associated with this infection.

Keywords: brucellosis, morbidity, epidemiology, clinical manifestations.

КРС — крупный рогатый скот
МРС — мелкий рогатый скот
ПЦР — полимеразная цепная реакция
СКФО — Северо-Кавказский Федеральный округ
СФО — Сибирский Федеральный округ
ЮФО — Южный Федеральный округ

Бруцеллез остается одной из наиболее распространенных инфекционных болезней в группе особо опасных зоонозов. Заболевание характеризуется полиорганным поражением с преимущественным вовлечением опорно-двигательного аппарата, нервной и половой систем и высокой потенциальной возможностью перехода в хроническую форму [1]. В странах Европейского Средиземноморья, Северной и Восточной Азии, странах Ближнего Востока, Центральной Азии и Южной Америки бруцеллез относится к важнейшим зоонозным инфекциям [2—7]. По уровню наносимого экономического ущерба бруцеллез продолжает занимать среди зоонозных инфекций одно из ведущих мест [2, 8]. Социально-экономическая значимость проблемы бруцеллеза у человека обусловлена развитием хронической формы инфекции с высоким риском развития стойкой полной или ограниченной утраты трудоспособности, а также основным поражаемым контингентом — трудоспособное население.

В Российской Федерации заболеваемость бруцеллезом на территории некоторых субъектов в течение длительного времени остается неблагополучной и варьирует за последние 15 лет от 0,21 до 0,34 на 100 тыс. населения в год **(рис. 1)**. Всего за этот период выявлены 6617 больных бруцеллезом, в среднем заболеваемость составила 0,31±0,05 на 100 тыс. населения. Регистрация бруцеллеза среди людней, безусловно, является следствием неблагополучной эпизоотической ситуации по бруцеллезу среди мелкого (МРС) и крупного рогатого скота (КРС), являющихся основными источниками возбудителя бруцеллеза у человека [9].

Сведения об авторах:

Махина Ольга Васильевна — асп. каф. инфекционных болезней и фтизиатрии с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета

Малеев Виктор Васильевич — д.м.н., акад. РАН, проф., зам. дир. по научной работе ЦНИИЭ Роспотребнадзора

Дейнека Диана Аслановна — асс. каф. инфекционных болезней и фтизиатрии с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета

Голубь Ольга Григорьевна — зав. инфекционным отд-нием ГБУЗ СК «Городская клиническая больница №2» Ставрополя

Ковальчук Ирина Васильевна — к.м.н., зам. рук. Управления Роспотребнадзора по Ставропольскому краю

Лямкин Геннадий Иванович — д.м.н., зам. дир. по научной работе ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора

К наиболее неблагополучным территориям по бруцеллезу животных относятся Северо-Кавказский (СКФО), Южный (ЮФО) и Сибирский Федеральный округи (СФО), характеризующиеся интенсивным развитием животноводства, сопровождающимся распространением бруцеллеза среди КРС и МРС.

Заболеваемость бруцеллезом человека в Ставропольском крае на протяжении длительного времени превышает среднероссийский уровень в 5—10 раз и колеблется от 1,29 до 2,81 на 100 тыс. населения **(см. рис. 1)**, что позволяет считать территорию края эпидемиологически неблагополучной. Изложенное определяет бруцеллез как одну из ведущих социально и экономически значимых проблем краевой инфекционной патологии.

Целью исследования явились анализ эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Ставропольском крае и определение особенностей течения острой формы заболевания.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в Ставропольском крае на основании изучения статистических данных официальной регистрации заболеваемости бруцеллезом в Российской Федерации, СКФО и Ставропольском крае за период 2000—2014 гг.; отдельных документов и материалов Управления Роспотребнадзора по Российской Федерации и Ставропольскому краю за 2000—2014 гг. (государственные доклады «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Ставропольском крае», государственные доклады «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации», информационных бюллетеней «О ситуации по бруцеллезу в Российской Федерации» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [10]; медицинской документации бруцеллезного отделения городской больницы г. Ставрополя (карты стационарных больных, ежегодные отчеты о работе отделения).

Диагностику бруцеллеза проводили на основании клинических данных, эпидемиологических сведений и результатов лабораторных исследований (реакции Хеддльсона, Райта, прямой гемагглютинации с бруцеллезным диагностикумом, иммунофер-

Контактная информация:

Санникова Ирина Викторовна — д.м.н., проф. каф. инфекционных болезней и фтизиатрии с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета; 355017 Ставрополь, ул. Мира, 310; тел.: +7(865)224-1986; e-mail: dr.sannikova@gmail.com

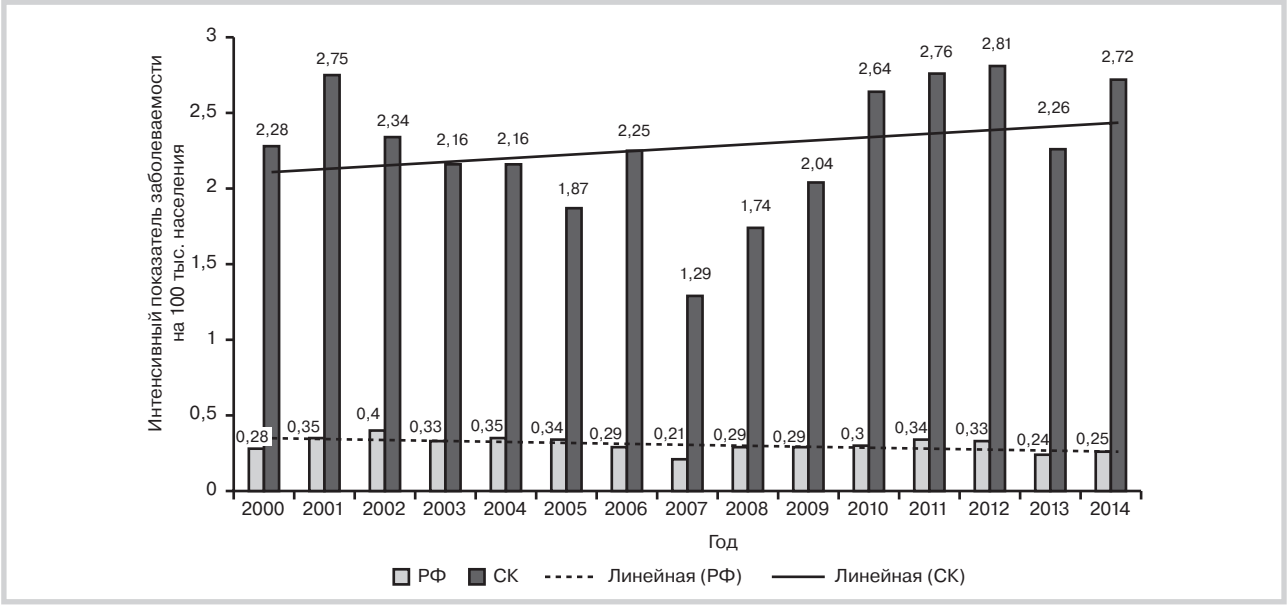


Рис. 1. **Заболеваемость бруцеллезом в Российской Федерации и Ставропольском крае (на 100 тыс. населения).**

ментный анализ, определение ДНК бруцелл в биологических жидкостях методом полимеразной цепной реакции — ПЦР, бактериологическое исследование крови) и кожно-аллергической пробы Бюрне [9]. Для определения форм и стадий заболевания использовали клиническую классификацию бруцеллеза, предложенную Г.П. Рудневым (1955 г.). Дополнительно выделяли первичную и вторичную латентные формы бруцеллеза. Серологические исследования, ПЦР и бактериологическое исследование крови проводили в лабораториях ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ставропольском крае», ФКУЗ «Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Группировку первичных данных, вычисление средних величин, оценку достоверности различий полученных результатов проводили, используя программу Excel 2007.

Результаты и обсуждение

По данным государственных докладов Управления Роспотребнадзора по Российской Федерации в структуре заболеваемости впервые выявленного бруцеллеза в 2001—2009 гг. основная роль принадлежала ЮФО и СФО (92,6% от общероссийской заболеваемости), доля ЮФО и СФО составляла 75 и 17,6% соответственно. Высокая заболеваемость в ЮФО определялась эпидемиологическим неблагополучием в Республике Дагестан (60,5% от общего числа впервые выявленных случаев заболевания в ЮФО), Ставропольском крае (17,5%) и Республике Калмыкия (7,7%). На остальные субъекты ЮФО приходилось 14,3% от общего числа впервые выявленных случаев бруцеллеза. При образовании в 2010 г. СКФО, в состав которого вошли 7 субъектов (Республики Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Чеченская Республика и Ставропольский край), структура заболеваемости по федеральным округам изменилась. С этого периода большая часть впервые выявленного бруцеллеза среди людей в Российской Федерации регистрируется в СКФО (62%) и значительно меньше (30%) в ЮФО и СФО. Наибольшее число случаев впервые выявленного бруцеллеза у людей по-прежнему регистрируется в Республике Дагестан (59,3%) и Ставропольском крае (27,4%). В Северо-Западном, Уральском и Дальневосточном Федеральных округах за это время зарегистрированы единичные случаи заболевания, в совокупности составляющие около 1%

Всего в Ставропольском крае за последние 15 лет бруцеллез выявлен у 929 человек, что составляет 14% от общего числа зарегистрированных случаев бруцеллеза в Российской Федерации. В общей структуре заболеваемости бруцеллезом в Ставропольском крае 78% составляют случаи «свежего» заражения или впервые выявленный острый, подострый и хронический бруцеллез с давностью заболевания не более 2 лет. За этот период бруцеллез выявлен у 35 детей младше 14 лет (7,4% от общего числа зарегистрированного бруцеллеза у детей в стране). Заболеваемость бруцеллезом детского населения за 15 лет в Ставропольском крае составила 0,49±0,3 на 100 тыс. населения, что превышает среднероссийский уровень (0,17±0,09) почти в 3 раза

Наиболее высокая заболеваемость бруцеллезом наблюдается в северо-восточных районах края (Левокумский, Нефтекумский, Курский, Степновский, Арзгирский районы), граничащих с Республиками Дагестан, Калмыкия, Чеченской Республикой, что, вероятнее всего, связано с постоянной миграцией населения из сопредельных республик и бесконтрольным ввозом скота.

В 49,7% случаев заболевший контактировал как с КРС, так и с МРС. Установлено, что преимущественно КРС (32,5%) явился источником заражения, а МРС как источник инфекции доказан только у 17,8% заболевших бруцеллезом людей. Среди путей заражения доминирует контактный путь (57,2%), алиментарный путь инфицирования составил 29,7%, у 13,1% больных путь заражения не установлен.

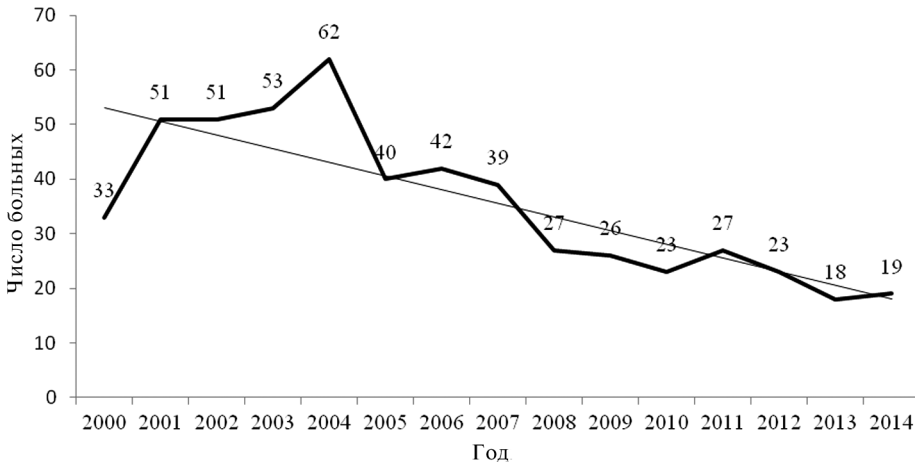


Рис. 2. **Число впервые установленных случаев профессионального заражения бруцеллезом в Ставропольском крае в период с 2000 по 2014 г.**

При обращении за медицинской помощью выявлены 78,5% больных бруцеллезом и только 21,5% больных — при профилактических медицинских осмотрах. При этом 78% больных с впервые выявленным бруцеллезом были со «свежим» заражением, а у остальных впервые диагностирован хронический и резидуальный бруцеллез.

В течение последних 15 лет бруцеллез является для Ставропольского края основной профессиональной патологией, составляя 75% в структуре общей профессиональной патологии. Связь профессии с заражением бруцеллезом подтверждена более чем у 534 (57,5%) больных бруцеллезом за изучаемый период. За последние годы в связи с изменением экономического уклада в сельском хозяйстве и увеличением доли индивидуального поголовья отмечается отчетливая тенденция к уменьшению числа больных с профессиональным бруцеллезом **(рис. 2)**. Так, в 2005 г. зарегистрирован 51 случай профессионального бруцеллеза, а в 2014 г. — всего 19 случаев. Проведен анализ медицинской документации 315 больных с установленным диагнозом профессионального бруцеллеза, находившихся на лечении в бруцеллезном отделении в 2005—2014 гг. Средний возраст больных составил 39,2±7,4 года, чаще профессиональное заражение было у мужчин (60,8%). Заражение бруцеллезом подтверждено при выполнении профессиональных обязанностей преимущественно у ветеринарных работников — врачей (29,5%) и фельдшеров (13%), реже у скотников (12,4%), доярок (8,3%), чабанов (7,9%) и работников мясокомбината (5,4%). Профессиональное заболевание бруцеллезом у 68,5% больных подтверждено на стадии последствий бруцеллеза (>5 лет от начала болезни); от 2 до 5 лет от начала заболевания — у 11,5% больных; от 1 года до 2 лет — у 13% больных и только 7% пациентов выявлены до 1 года от начала первых клинических признаков. Таким образом, на стадии «свежего» заражения (<2 лет) профессиональный диагноз бруцеллез установлен только у 20% пострадавших на производстве, а у остальных 80% связь бруцеллеза с профессией подтверждена на стадии сформировавшихся последствий бруцеллеза. В то же время охват серологическим обследованием групп риска инфицирования бруцеллезом в Ставропольском крае на протяжении многих лет составляет 79,9%, при этом выявление больных при профилактических осмотрах составляет всего 21,5%.

С учетом стабильно высокого уровня регистрации бруцеллеза у людей до 40—60 случаев в год в 1991 г. в г. Ставрополе создано инфекционное отделение, специализирующееся на диагностике и лечении бруцеллеза, определении связи заболевания с профессией (далее — бруцеллезное отделение). За 15-летний период наблюдения в бруцеллезном отделении у 1208 больных впервые диагностированы различные формы бруцеллеза. В эту группу включены больные с острой и хронической формами бруцеллеза (давность заболевания <2 лет), данные по которым входят в официальную статистику заболеваемости бруцеллезом, а также все случаи с впервые установленным резидуальным бруцеллезом, вторично-хронической (давность >2 лет) и латентной формами инфекции, а также положительно реагирующие на бруцеллез лица. Данные по последним клиническим формам бруцеллеза не входят в официальную регистрацию заболеваемости бруцеллезом. Таким образом, общее число больных с различными формами бруцеллезной инфекции за 15 лет в крае с учетом данных краевого бруцеллезного отделения почти на 25% больше официально зарегистрированных случаев (n=929). В общей структуре госпитализированных больных преобладали лица с последствиями бруцеллеза как впервые выявленные, так и требующие повторной госпитализации (83,8%).

Особый интерес представляют больные с острой формой бруцеллеза, исход которой определяет в последующем степень утраты трудоспособности, качество жизни и трудовой прогноз. Проведен анализ медицинских карт 434 больных острым бруцеллезом (давность заболевания менее 6 мес от начала первых клинических проявлений). В период с июня по сентябрь поступили 48,6% всех больных. Установлено, что подъем заболеваемости бруцеллезом начинается с мая, а снижение заболеваемости наблюдается с июля, что вероятнее всего, связано с биологиче-

Общая характеристика больных острым бруцеллезом

Характеристика	Число пациентов	
	абс.	%
Пол:		
мужской	340	78,3
женский	94	21,7
Возраст общий, годы:		
0—19	29	6,7
20—39	207	47,7
40—59	163	37,5
старше 60	35	8,1
Возраст мужчин, годы:		
0—19	24	5,5
20—39	177	40,8
40—59	118	27,2
старше 60	21	4,8
Возраст женщин, годы:		
0—19	5	1,2
20—39	30	6,9
40—59	45	10,4
старше 60	14	3,2
Город	72	16,7
Село	362	83,3
Источник заражения:		
КРС	63	14,5
МРС	38	8,7
КРС/МРС	197	45,5
продукты животноводства	36	8,4
контакт отрицают	100	22,9
Путь заражения:		
контактный	298	68,7
алиментарный	136	31,3
Профессии:		
не работают, в том числе пенсионеры	217	50
учащиеся и студенты	18	4,1
профессии, связанные с животноводством	89	20,5
профессии, не связанные с животноводством	110	25,3

скими циклами животных (окоты, отелы) и проведением основных сельскохозяйственных работ. Только 19 (4,3%) больных госпитализированы в бруцеллезное отделение в начальный период инфекции (<1 мес от начала болезни), 330 (76%) больных поступили на лечение от 1 до 3 мес от начала болезни; остальные 85 (19,7%) госпитализированы позже 3 мес от начала болезни.

Общая характеристика больных острой формой бруцеллеза (до 6 мес от начала заболевания) представлена в **таблице**. Средний возраст больных составил 36,2±12 лет. Большинство — мужчины (n=340, или 78,3%), из них 67,7% лица трудоспособного возраста (20—59 лет); 83,4% больных острой формой бруцеллеза — жители сельской местности. Контакт с животными отмечают 298 (68,7%) заболевших. Заражение при употреблении продуктов животного происхождения, преимущественно купленных на стихийных рынках или «с рук», установлено у 136 (31,3%) человек; 197 (45,5%) больных контактировали как с КРС, так и с МРС. Контакт только с КРС отмечали 63 (14,5%) заболевших, только с МРС — 38 (8,7%). При этом 339 (78,2%) больных заразились бруцеллезом при уходе за домашними животными и 95 (21,8%) — при выполнении профессиональной деятельности (ветеринарные работники, чабаны, скотники, доярки, животноводы, молокоприемщики и т.д.).

У 137 (31,6%) больных при поступлении отмечены признаки продолжающейся стадии генерализации инфекции — лихорадка, потливость, головная боль, артралгии, миалгии. Очаговые поражения бруцеллезной инфекции (артрит, гепатит, сакроилеит, орхоэпидидимит, мастит) выявлены у 297 (68,4%) больных. У 396 (91,3%) пациентов острый бруцеллез характеризовался среднетяжелым течением. В структуре жалоб доминировали неспецифические жалобы, характерные для большинства инфекционных заболеваний — лихорадка, головная боль, слабость, ознобы, снижение массы тела **(рис. 3)**. Так, фебрильная лихорадка (38—39 °С) наблюдалась у 295 (68%) больных, пиретическая (>39 °С) — только у 7,8%, субфебрильная — у 12,4%. Следует отметить, что у 51 (11,7%) больного температура тела оставалась нормальной. Лихорадка сопровождалась ознобами только у 163 (37,6%) пациентов. Боли в крупных и мелких суставах конечностей доминировали в жалобах 365 (84,1%) больных. Проявлениями астеновегетативного синдрома служили слабость (71,8%), нарушение сна (25,1%), головные боли (59,2%), повышенная потливость различной интенсивности (63,8%) от гипергидроза ладоней и стоп (47,5%) до профузного потоотделения (16,3%). Судороги и боли в мышцах конечностей беспокоили 21,6% пациентов. При обследовании генерализованная лимфаденопатия наблюдалась у 265 (60%) больных, отечность, гиперемия и боль в суставах у 273 (63%).

В структуре очаговых поражений бруцеллеза доминировали изменения опорно-двигательного аппарата: реактивные артриты выявлены у 273 больных (63%), сакроилеит — у 86 (19,8%), спондилиты — у 5,5%.

Клинические признаки поражения печени определены у 177 (40,8%) больных. Поражение печени носило доброкачественный характер и характеризовалось гепатомегалией, гиперферментемией (не более чем в 4 раза выше верхней границы нормы), гипербилирубинемией (6,1%). Поражение урогенитальной системы наблюдали у 38 (8,7%) мужчин в виде одностороннего (у 32) и двустороннего (у 6) орхоэпидидимита. К редким очаговым проявлениям бруцеллеза относится мастит, выявленный у одной больной на основании выделенной культуры *Br. melitensis* из крови и пунктата молочной железы.

При лечении больных острым бруцеллезом использованы различные схемы антибактериальной терапии. В соответствии с общепринятыми рекомендациями [3, 11] 247 (56,9%) больных получали терапию 2 препаратами (доксициклин, рифампицин). Монотерапия доксициклином проводилась 121 (27,8%) больному, остальные 66 (15,3%) лечились доксициклином в комбинации с фторхинолонами. Антибактериальную терапию проводили больным в бруцеллезном отделении не более 14 дней, большая же часть курса антибиотиками приходилась на амбулаторный этап лечения, качество которого не представлялось возможным оценить в полном объеме. Спустя 2 года после завершения курса антибактериальной терапии исход острой стадии бруцеллеза удалось проследить лишь у 163

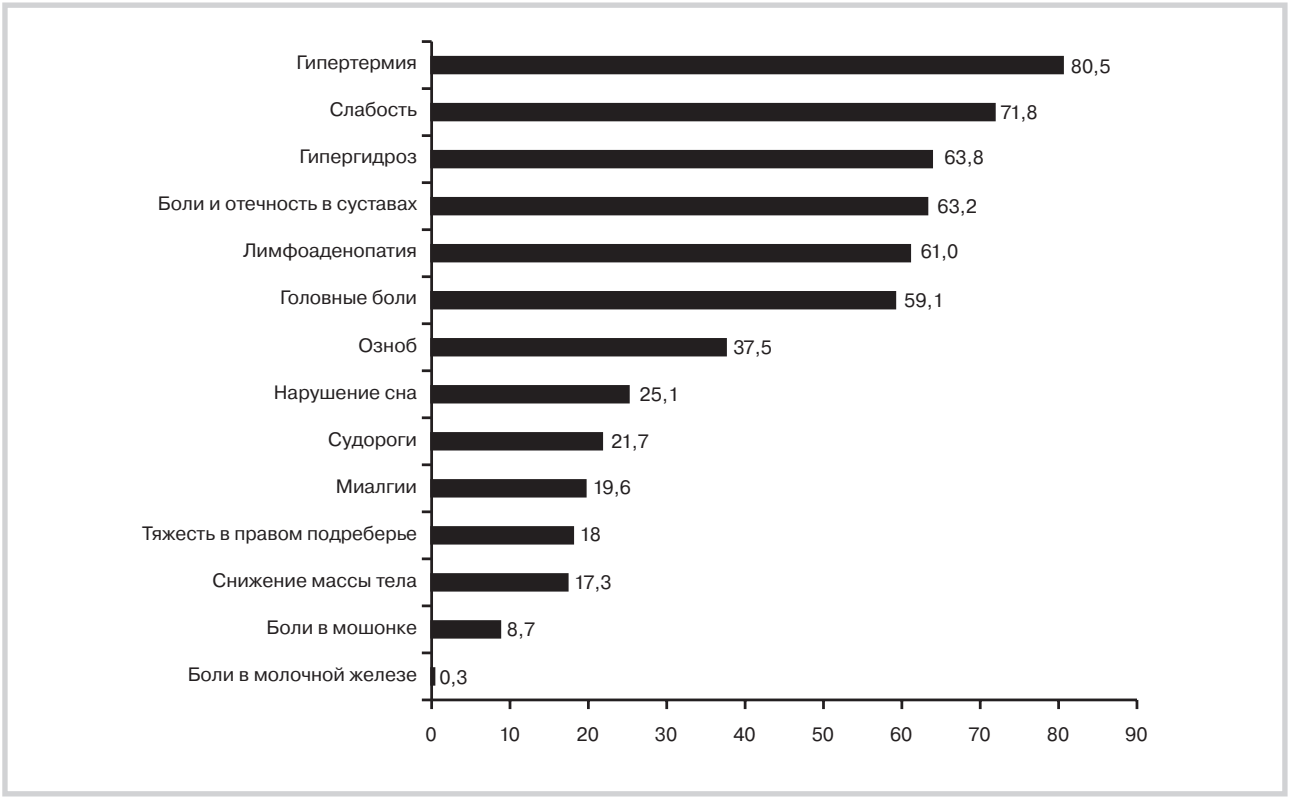


Рис. 3. **Жалобы и клинические симптомы (по вертикали) больных острым бруцеллезом.**

(37,6%) пациентов. Сведения об остальных 62,4% больных оказались недоступными вследствие их жизненного уклада, а также миграции населения на сопредельные с краем территории. Выявлено, что 117 (71,8%) больных, составивших 1-ю группу, по различным причинам не завершили рекомендованный курс антибактериальной терапии, при этом общая продолжительность приема антибиотиков составила не более 4 нед. Из них у 106 (90,6%) человек диагностирован хронический бруцеллез, а у 11 (9,4%) отмечалась вторичная латентная форма инфекции. Только 46 (28,2%) больных (2-я группа) закончили курс комбинированной антибактериальной терапии в течение 45 дней, из них у 13 (28,3%) выявлена хроническая стадия заболевания, что значительно меньше, чем во 2-й группе (p<0,005). У 71,7% пациентов 2-й группы констатирована вторичная латентная форма бруцеллеза (p<0,005 при сравнении с 1-й группой).

Заключение

Бруцеллез продолжает сохранять свою социально-экономическую значимость как очаговая зоонозная инфекция на территории Российской Федерации. Ставропольский край является эндемичным районом по данной патологии с ежегодной высокой регистрацией впервые выявленных случаев бруцеллеза. Истинная распространенность бруцеллеза среди людей значительно превышает официальные статистические данные, так как в официальную статистику включены только так называемые свежие случаи заражения (острый и хронический бруцеллез с давностью заболевания не более 2 лет). Неучтенными остаются больные хроническим бруцеллезом с давностью заболевания более 2 лет, с латентной формой инфекции и резидуальным бруцеллезом. В структуре профессиональной заболеваемости в Ставропольском крае бруцеллез по-прежнему занимает ведущую позицию. В то же время отмечается уменьшение числа случаев профессионального заражения бруцеллезом и увеличение при уходе за индивидуальным поголовьем, употреблении в пищу мясных и молочных продуктов. За последние 15 лет бруцеллез характеризуется относительно доброкачественным течением, при этом сохраняется высокий риск трансформации в хроническую форму. В структуре очаговых поражений при бруцеллезе доминирует патология опорно-двигательного аппарата (реактивные артриты, сакроилеит, спондилит). Регистрация более редких осложнений бруцеллезной инфекции, в частности орхоэпидидимит и мастит, требует настороженности врачей разного профиля в отношении бруцеллеза при проведении дифференциальной диагностики. Несвоевременное выявление больных, поздно начатая антибактериальная терапия и незаконченный курс лечения являются важными факторами формирования хронического бруцеллеза. Активное выявление больных бруцеллезом, обеспечение качественной диагностики заболевания, преемственности ведения и диспансеризации позволит снизить медицинские и социальные потери, связанные с этой инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Инфекционные болезни: национальное руководство*. Под ред. Ющука Н.Д., Венгерова Ю.Я. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010:396-406.
2. Corbel MJ. *Brucellosis in humans and animals. World Health Organization*. 2006;89.
3. Şebnem Çalik, Ayşe Deniz Gökengin. Human brucellosis in Turkey: a review of the literature between 1990 and 2009. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2011;41(3):549-555.
4. Dimitrov Ts, Panigrahi D, Emara M, Awni F, Passadilla R. Seroepidemiological and microbiological study of brucellosis in Kuwait. *Medical Principles and Practice.* 2004;13:215-219.
5. Haitham N Al-Koubaisy, Shehab A Lafi. Presentation of brucellosis in an endemic area; west of IRAQ. *Egyptian Academic Journal of Biological Sciences*. 2011;3(1):13-18.
6. Ashour Hassan Samaha, Meshref Al-Rowaily, Ramadan M. Khoudair, Hossam M. Multicenter Study of Brucellosis in Egypt. *Emerging Infectious Deseases*. 2008;14(12):1916-1918.
7. Zeinalian Dastjerdi M, Fadaei Nobari R, Ramazanpour J. Epidemiological features of human brucellosis in central Iran, 2006—2011. *Public Health*. 2012;126(12):1058-1062.
8. О ситуации по бруцеллезу в Российской Федерации в 2012 году. Информационный бюллетень. М.; 2013.
9. Методические указания (МУ 3.1.7.1189-03) «Профилактика и лабораторная диагностика бруцеллеза людей». М.; 2003.
10. Бруцеллез в Российской Федерации в 2001—2005 годах. Информационный бюллетень. М.; 2007.
11. Страчунский Л.С., Белозеров Ю.Б., Козлов С.Н. *Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии*. М.; 2002; 373.

Поступила 25.06.2015