СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
БАЛАЛАР ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ФТИЗИАТРИЯ КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

БАЛАЛАРДАҒЫ БРУЦЕЛЛЕЗ (САРЫП). КЛИНИКАЛЫҚ ПРОТОКОЛ

Орындаған: Сағдоллина М.
539 ЖМФ
Тексерген: Хамитова М.О

Семей 2016ж

Жоспар

I. Кіріспе бөлім
II. Негізгі бөлім:
- Бруцеллездің этиологиясы
- Бруцеллездің эпидемиологиясы
- Бруцеллездің патогенезі
- Бруцеллездің классификациясы
- Бруцеллездің клиникасы
- Бруцеллездің емі
- Бруцеллездің реабилитациясы
- III. Қорытынды бөлім

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

I. Кіріспе бөлім

Бруцеллёз — Brucella бактериясымен қоздырылатын, зооноздар тобына жататын, жедел және созылмалы түрлерінде өтетін инфекциялық-аллергиялық ауру. Аурудың жедел түрі токсико-бактериемиялық инфекция ретінде, созылмалы түрі – полиморфты клиникалық көріністерімен, көбінесе сүйек-буын, орталық және периферияльық жүйке жүйелерін, жыныс мүшелерін және басқа ішкі ағзаларды зақымдаумен, хрониосепсис тәрізді ұзаққа созылуымен және рецидивті ағымымен сипатталады.

- Бруцеллез кең таралған инфекция. Барлық елдерде кездеседі, әсіресе мал шаруашылығы дамыған аймақтарда. Қазақстан республикасы үшін бұл инфекция өлкелік патология деп саналады. Жыл сайын 2-2,5 мың адам бруцеллезбен ауырады. Әсіресе, оң түстік аймақтарда ауру кең таралған. Бұның бір себебі — Қырғызстан және Өзбекістаннан әкелінген, тексерілмеген малды арзан бағамен сату.

Этиологиясы

- Бруцеллездің қоздырғышы Brucella тұқымдастығына жатады. 1985 жылы Женева қаласында бактериялардың номенклатурасын бақылайтын Халықаралық комитетінің жіктелуі бойынша Brucella тұқымдастығынын 6 түрін ажырату қажет: B. melitensis, B. abortus, B. suis. B. ovis, B. canis и B. neotomae. Осы жіктелудің қазіргі заманға дейін күші бар (M. J. Corbel, 1997).

Қоздырғыштың әр түріне тән ие организмдері бар.

- **B. melitensis** иесі ұсақ мүйізді қара мал: қой, ешкі (3 биовары бар). Бруцелланың бұл түрі ірі қара малды, түйені, итті зақымдауы мүмкін. B. melitensis – патогенділігі жоғары, адамдардың арасында эпидемия, малдың арасында эпизоотия шақыратын қоздырғыш.
- **B. abortus** иесі — сиыр (9 биовары бар). Адамдар арасында спорадикалық ауру шақырады. Осы қоздырғыштан тірі вакцина жасалған (ВА-19).
- **B. suis** иелері — шошқа (1, 2 және 3 биоварлары), қоян (2 биовар), бұғылар (4 биовар). Бірақ бұл қоздырғыш ірі және ұсақ қара малды зақымдауы мүмкін (5 биовар). Қазақстанда сирек кездеседі.
- **B. ovis** – қойдың инфекциялық эпидидимитінің қоздырғышы. Адам үшін патогендік әсері бар.
- B. canis иесі – ит. Адам үшін патогендік әсері бар. B.

Эпидемиологиясы

- **Бруцеллез** — нағыз зооноз. Адамдардың ауыруы жануар популяциясында өтетін эпизоотиялық процестің үздіксіз тізбегіне енуі нәтижесінде және адам мен жануардың немесе жануар тектес тағамдардың өндірістік, тұрмыстық жағдайда әсерлесуі нәтижесінде дамиды.
- Бруцеллез кезіндегі эпидемиологиялық процесс 3 негізгі звенодан тұрады: ауру көзі, таралу жолдары мен факторлары, қабылдаушы макроорганизм.

- **Алиментарлы жол** шикі және термикалық өңдеуден шала өткен малшаруашылық өнімдер (сүт, әсіресе ешкі сүті, сүт өнімдері — қаймақ, ірімшік, уыз, шашлык, стейк, т.б.) арқылы жүзеге асады. Ешкі — қой типті бруцеллардың ірі қара малға көшуінің (миграция феномены) жиі кездесуіне байланысты сүт факторы қала тұрғындарының арасында, әсіресе балалардың арасында бруцеллездің таралуына маңызды орынға ие болып отыр.

- Етте және ет фаршында бруцеллалар сақталу температурасына және құрамындағы тұздың деңгейіне байланысты 14 күннен 40 күнге дейін тіршілік етеді. Бұл фактор ет өңдеу өндірістердің жұмысшыларына және тутынушыларда үлкен маңызға ие.

- **Аэрогенді жол** малды қырыққанда, жүнді сұраптағанда, тарағанда, жануарларды ұстайтын қораларды тазалағанда, малшаруашылық шикізатты өндегенде, қаракөл қозылар етінен сүйек – ет ұнын өндіргенде, лабораторлық жолмен шаң арқылы ену нәтижесінде жүзеге асады.

Патогенезі

- Г. П. Руднев бойынша аурудың келесі патогенетикалық сатыларын ажырату қажет:
- **1. Лимфа тамырларына ену сатысы.** Қоздырғыш организмге тері немесе шырышты қабат арқылы енеді. Бұл жерде ешқандай өзгерістер болмайды. Сосын лимфогендік және гематогендік жолдарымен қоздырғыш аймақтық лимфа түйіндеріне жетеді. Бұл сатысы латенттік бруцеллезге, немесе жедел бруцеллездің жасырын кезеңіне сәйкес келеді. Аурудың клиникалық көріністері болмайды.

- **2. Қан тамырларымен ену** арқылы біріншілік жайылмалы сатысы – қоздырғыш қан айналымына түсіп – бактериемия дамиды. Қан айналымдағы жүрген бактериялармен күресу жолдарында ретикуло-эндотелиальды жуйе кірісіп қоздырғышты шоғырландырып жинауға тырысады. Бұл кезеңде лимфа түйіндері, бауыр, көк бауыр ұлғайып – лимфаденопатия, гепатомегалия, спленомегалия анықталады. Басқа жергілікті (локальды) нышандар болмайды. Патогенездін бұл сатысы жедел бруцеллезге сәйкес келеді (науқаста қызу, қалтырау, терлеу, полиартронейромиалгиялар, улану нышандары пайда болады.

- **3. Көптуйінді шоғырлану** немесе метастазды ошақтардың пайда болуы сатысы – қан арқылы қоздырғыш әр түрлі ағзаларға тарайды. Патогенездін бұл сатысы жеделдеу бруцеллезге сәйкес келеді (жоғары атап кеткен нышандар басеңдеп сонымен қатар ағзалардың зақымдану симптомдары анықталады – жергілікті қабыну процестер дамиды).

- 4. Метастазды ошақтарынан қайта-қайта қанға түсу арқылы **екіншілік ошақтардың пайда болуы** және реактивті-аллергиялық өзгерістер қалыптасу сатысы – созылмалы бруцеллезге сәйкес келеді. Солай әрбір қайталанған генерализация (қанға жайылу) созылмалы бруцеллездің асқынған (өршіген) кезіне сай келеді. Метастазды ошақтар – қорғаныс ошақтардан инфекция тарату септикалық ошақтарға алмасады. Патогенездің осы сатысы бруцеллездің хрониосепсис тәрізді өтуін түсіндіреді. Микробтар ішкі ағзаларға неғұрлым қайта-қайта өтіп, қайталап кездескен сайын, солғұрлым организмде жоғары сезімталдық (сенсибилизация) өрши түседі. Саналуан клиникалық белгілердің дамуы осы аллергиялық өзгерістермен тікелей байланысты.

- **5. Қалдық (резидуалді) метаморфоз** сатысы – аурудың нәтижелеріне сәйкес келеді. Иммунитеттің қорғану қабілеті жоғарлап организм қоздырғыштан босанады — айығу сатысы қалыптасады. Қоздырғыш жойылғанмен организмде зақымдалған ағзаларда әр түрлі морфологиялық дегенеративті-дистрофиялық өзгерістер сақталып қалады (фиброз). Бруцеллез кезінде науқастардың организмінің иммунологиялық қайта құрылу аяқталмаған фагоцитоз әсерінен дамитын аллергиялық компоненттің қалыптасуымен жүреді. Иммунопатогенездің күрделілігі аурудың саналуан клиникалық түрлерінің дамуының себепші болады.

Клиникалық протокол бойынша бруцеллездің жіктелуі

- **Клиникалық формасы бойынша:**

I. **Латенттік бруцеллез: (**субклиникалық форма, серо- немесе аллергиялық реакцияларға оң)

II. **Жедел бруцеллез:** ауру ағымы 3 айға дейін. Ауырлығы және инфекциялық процесстің компенсациясы бойынша: жеңіл, орташа ауыр, ауыр ағымы

III. **Баяу немесе жеделдеу бруцеллез:** ауру ағымы 3 айдан 6 айға дейін. Ауырлығы және инфекциялық процесстің компенсациясы бойынша:

жеңіл, орташа ауыр, ауыр ағымы

IV. **Созылмалы бруцеллез:** ауру ағымы 6 айдан жоғары. Ауырлығы және инфекциялық процесстің компенсациясы бойынша: *декомпенсация*(еңбекке жарамдылық сақталған), *субкомпенсация* (еңбекке жарамдылық төмендеген) және *компенсация* (еңбекке жарамдылық жоғалған). Біріншілік созылмалы бруцеллез (жедел фазаның болмауы). Екіншілік созылмалы бруцеллез (жедел немесе жеделдеу фазадан кейінгі бруцеллез сатысы).

- **V. Бруцеллездің қалдықтары.**(организмде қоздырғыш жоқ болуымен көрінетін тіндердегі дегенеративті-дистрофиялық өзгерістер).
- **VI. Қайталамалы бруцеллез:**

  Суперинфекция – болып жатқан инфекциялық процестің фонында қайталап жұқтыру.

  Реинфекция – болып кеткен инфекциялық процесстен кейін қайта жұқтыру.

Органопатология (ошақты өзгерістер)

- **Тірек-қимыл аппараты:** артрит, пери- и параартрит, сакроилеит, остеоартрит, артроз, спондилоартрит, спондилит, спондилодисцит, спондилез, бурсит, тендовагинит, фиброзит, периостит, перихондрит, остеохондроз және т.б.

- **Жүйке жүйесі:**

  ОЖЖ: менингит, энцефалит, миелит, ми тамырының васкулиті, вертебро-базилярлы жетіспеушілік, гипертензионды, диэнцефальді гипоталамикалық синдромы және т.б.

  ПНЖ: неврит, радикулит, плексит, солярит, корешковый синдром және т.б.

  ВНЖ: вегето-тамырлық дистония, метеосезімталдық, микроцикуляция бұзылысы, ішек атониясыжәне тб.

- **Психобруцеллез:** астеноневротикалық синдром, депрессивті синдром, галлюциноз және т.б. Сезім органдары: көру және есту нервісінің невриті, увеонейрохориоретинит және т.б. ЖҚЖ: миокардит, перикардит, эндокардит, ритм мен өткізгіштіктің бұзылысы, миокардиодистрофия, флебит,тромбофлебит и т.д.

- **Жыныс жүйесі:** орхит, орхоэпидидимит, сальпингоофорит, менструального циклдің бұзылысы, бедеулік және т.б.
- **Зәр шығару жүйесі:** гломерулонефрит және тб.
- **Тыныс жүйесі :** бронхит, пневмония – сирек.
- **Асқорту жүйесі:** гепатит, холецистит, гастрит – сирек.

Клиникасы

Жедел бруцеллездің жасырын кезеңі – 7-30 күн. Жиі бруцеллез жедел басталады. Клиникалық нышандары токсико-бактериемиялық, жайылмалы инфекциялық процестің көріністері болып табылады: қалтырау, қызу, терлеу, полиартронейромиалгиялар, лимфаденопатия, гепато- спленомегалия.

- Аурудың негізгі нышаны – **қызба**. Қызбаның сипаты ремиттерлеуші (таңғы температурамен кешкі температураның айырмашылығы 1,5-2,0ºС). Дене қызуы тәуліктің екінші жартысында айқын қалтыраудан кейін жоғарлайды, сосын **терлеумен** сипатталып төмендейді. Науқастың жалпы жағдайы қанағатты болады да, дәрігерлерге қаралмай жүре береді. Бірақ, бұл жағдай ұзаққа созылып (бір неше аптадан 3 айға дейін), науқас дене салмағын жоғалтады.

- Екінші маңызды синдром — **полиартронейромиалгиялар** (сүйек, буын, бұлшық еттер, жүйке тамырлардың ауру сезімі пайда болып, бұлар ұшпалы сипатта болады). Бұл кезде қабыну процестер дамымайды. Бруцеллездің қазіргі ағымының ерекшелігі- ағзалардың қабынуы ерте (3 айдан бұрын) қалыптасуы. Бұл балалардың организмінің арнайы жоғары сезімталдылығының өршуінің белгісі.

- Науқасты тексеріп қарағанда **ұлғайған** барлық топтар лимфа түйіндерді (көбінесе жақ астылық, қолтық астылық, шаптық), бауырды, көк бауырды анықтауға болады. Лимфа түйіндердің көлемі майда, ауыр сезімсіз, қоршаған тіндерге жабыспаған. Жеделдеу бруцеллез аурудың жедел сатысының жалғасы. Жедел бруцеллез кезіндегі көріністерге зақымданған ағзалардың қабыну процестері қосылады — артрит, неврит, орхит және т.б

Бруцеллез диагностикасы

Амбулаторлы деңгейде жүргізілетін міндетті тексерулер:

- • ЖҚА;
- • ЖЗА;
- • Райта реакциясы;
- • Хеддльсона реакциясы ;
- • ИФА бруцеллезге қарсы антиденелерді Ig M, G, A анықтау.

Амбулаторлы деңгейде жүргізілетін қосымша тексерулер:

- кеуде қуысы рентгенографиясы(өкпе туберкулезімен дифференциальді диагностика);
- зақымдалған буындардың және омытқаның рентгенографиясы.

Лабораторлық әдістер:

- ЖҚА: лейкопения салыстырмалы лимфоцитозбен, ЭТЖ жоғарлауы). Өзгерістер ауру ауырлығына байланысты.

- ЖЗА: лейкоцитурия, микропротеинурия, микрогематурия (лихорадка синдромы кезінде)

Спецификалық әдістер

- **Бактериологиялық әдіс.** Бруцелла дақылын қаннан бөліп алу үшін Castaneda бифазды әдісімен қолдану қажет. Зерттеуханаға қан (5 мл) транспорртық ортаға салынып жеткізіледі. Осымен қатар, қоздырғышты лимфа түйіндердің, сүйек кемігінің пунктаттарынан, зақымдалған буынның синовиалді сұйықтықтан бөліп алуға болады. Бұл әдістің нәтижесі 30-45 күннен кейін дайын болады, себебі қоздырғыш қоректі ортада өте жай өседі. «Оң» гемокультура аурудың жедел кезеңінде — 17,5%, жеделдеу кезеңінде -4,4%, созылмалы кезеңінде –2,7-4,3% жағдайда анықталады.

- **Райт реакциясы** – агглютинация реакциясы, диагностикалық титрі -1:200. Бұл әдістің нәтижесі 7-10 күннен бастап анықталады. Бірақ, соңғы кездерде Райт реакцияның титрлері төмен деңгейде анықталады **-1:25 болса – күмәнді нәтиже, 1:50, 1:100 болса – әлсіз оң нәтиже, титр 1:200 болса – оң нәтиже** немесе теріс болып келеді: 3,5% — жедел, 6,8% — жеделдеу, 45,1% — біріншілік-созылмалы, 32,8% — екіншілік-созылмалы бруцеллезде .

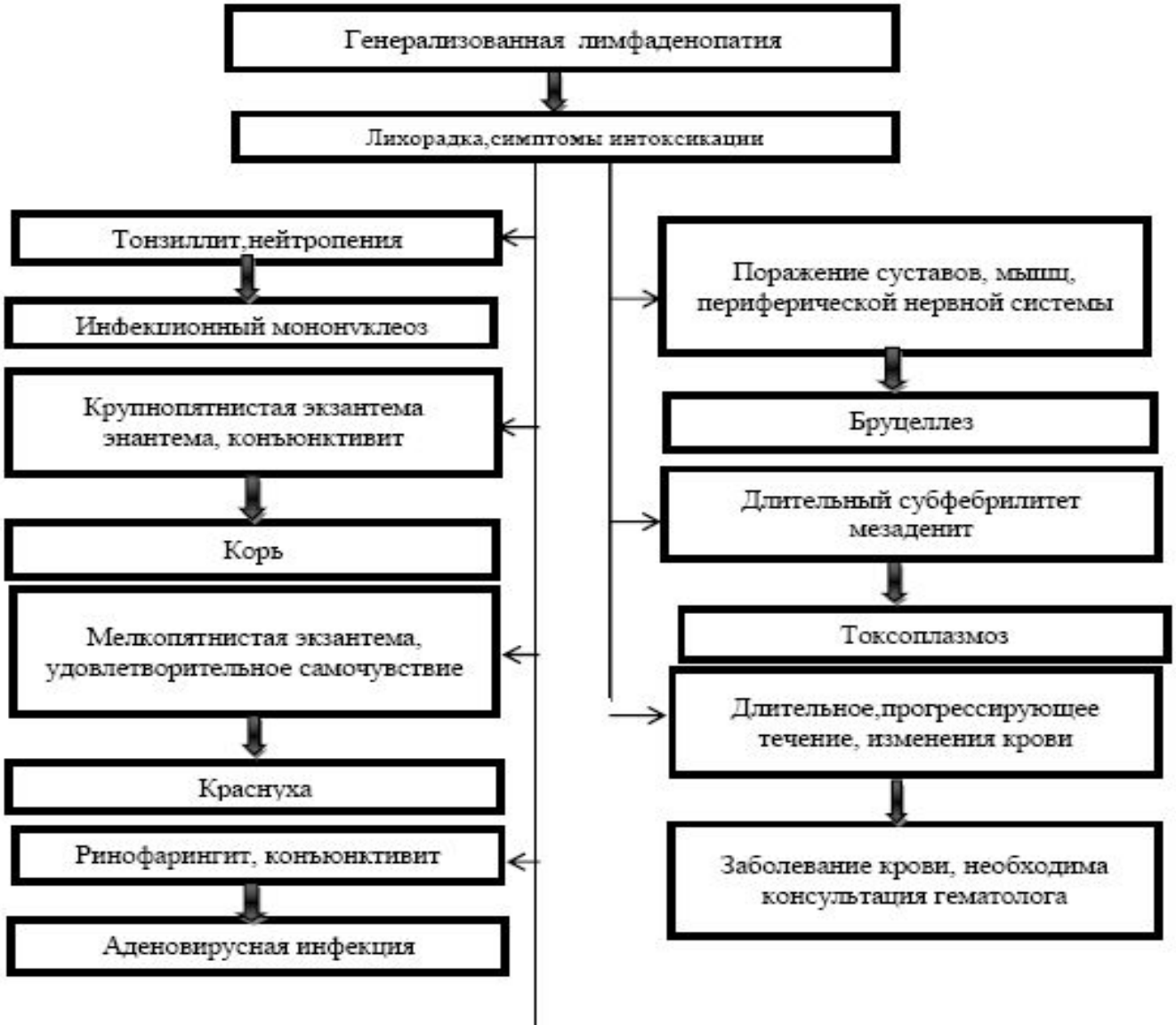
- **Хеддльсон реакциясы** — агглютинация реакцияның сапалы түрі, әйнек үстінде өткізіледі. Бұл реакцияның сезімталдылығы жоғары, тез пайда болады, ұзаққа сақталады, бірақ спецификалық қасиеті төмен – себебі жиі жалған «оң» нәтиже беруі мүмкін.
- Келесі схемамен диагностикалық қорытынды жасайды: а) сарысудың барлық дозасында агглютинация реакциясының болмауы – реакция **«теріс»;** б) агглютинация бірінші дозада – 0,04 мл сарысу – **реакция «күмәнді»;** в) агглютинация 2+, 3+ екінші немесе үшінші дозада (0,02 – 0,01 мл сарысу) – **реакция «оң»,** г) агглютинация 4+ барлық дозада– қорытынды**«бірден оң».**

Қосымша:

- **ИФА** оң IgM (жедел бруцеллез), IgG, IgA (супер- және реинфекция созылмалы бруцеллез фонында).
- **ПЦР** қан өте сезімтал және спецификалық әдіс.

Жедел бруцеллездің дифференциалды диагностикасы

Алгоритм дифференциальной диагностики острого бруцеллеза [1]



Жедел бруцеллездің дифференциалды диагностикасы жалғасы

Жедел бруцеллезді стандартты анықтау жағдайы

- **Күмәнді жағдай:** жедел басталған ауру, 5 күннен артық созылған күндіз үдейтін лихорадка және мына келесі белгілердің минимум 4еуі болса:

✔ Қалтырау терлеу

✔ Қатты шаршау, жалпы әлсіздік

✔ Бауырдың ұлғаюы

✔ Сүйек буын бұлшық еттегі ауырсынулар

✔ Полиаденопатия

- **Мүмкін жағдай:** күмәнді жағдайдағы белгілер және келесі белгілердің минимум біреуі болса:

✔ Жануарлармен контакт болса

✔ Етті боршалауға қатысу

✔ Шикі сүт тағамдарын қабылдау

✔ Дұрыс термияялық өңдеуден өтпеген етті қабылдау

✔ Бруцеллезбен ауыратын адаммен эпидқатынаста болу

✔ Агглютинация реакциясы оң болуы

- **Нақтыланған жағдай:** келесілердің біреуінен кем емес болуынан қойылады:
- ✔ Қан пробасынан бруцелла қоздырғышының табылуы
- ✔ ПЦР оң болуы
- ✔ Бруцеллаға қарсы агглютинирлеуші антиденелер титрі 1:200 және одан жоғары болса – оң нәтиже көрсетсе
- Бруцеллаға қарсы антиденелер IgG немесе\және IgM ИФА әдісімен табылса.

Бруцеллездің емі

Емнің мақсаты:

- Лихорадканы жою;
- Жедел клиникалық көріністерді жою;
- Қоздырғыш эрадикациясы ;
- Рецидивтер мен хронизацияның алдын алу;
- Реабилитация

Бруцеллездің емі 2 этаптан тұрады:

- стационарлы - 20 күн;
- амбулаторлы- 25 күн.

- **Медикаментозды емес емі**: Режим – жартылай төсектік, бруцеллезді менингит/менингоэнцефалит дамыса - төсектік. Диетотерапия. Стол №13 лихорадкалық периодта, сосын Стол №15 ауысу.

Медикаментозды емі:

Этиотропная терапия [6]

Категория лиц	Стандартная схема лечения	Альтернативная схема лечения 1	Альтернативная схема лечения 2
< 8 лет	Триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП-СМТ) СД 6-8 мг/кг массы тела/сут по ТМП в 2 приема peros 45 дней + рифампицин 8- 10 мг/кг массы тела/ сутки-в 2-3 приема peros 45 дней	стрептомицин15-20 мг/кг массы тела/сут.в 2-3приёмав\м (максимальная суточная доза для детей – 0,5 г, для подростков — 1 г)– 14 дней +рифампицин* СД8 -10 мг/кгмассы тела/ суткив 2-3приёмаperos 45 дней	Триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП-СМТ) СД 6- 8 мг/кг массы тела/сут по ТМП в 2 приема peros 45 дней + Детям в возрасте до 3 лет гентамицина сульфат назначают исключительно по жизненным показаниям (при тяжелых инфекциях). Суточные дозы составляют: новорожденным и детям грудного возраста – 2 – 5 мг/кг, детям в возрасте от 1 года до 5 лет – 1,5 – 3 мг/кг, 6 – 14 лет – 3 мг/кг. Максимальная

суточная доза для детей всех возрастных групп составляет 5 мг/кг. Препарат вводят 2 – 3 раза в сутки.

			3 раза в сутки.
8-18 лет	стрептомицин15-20 мг/кг массы тела/сут.в 2-3приёмав\м (максимальная суточная доза для детей – 0,5 г, для подростков – 1 г)– 14 дней +рифампицин* СД8 -10 мг/кгмассы тела/ сутки в 2-3приёмаperos 45 дней	Триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП-СМТ) СД 6-8 мг/кг массы тела/сут по ТМП в 2 приема peros 45 дней или Офлоксацин от 8 до 12 лет по 200мг мг 2 р\д - 45 дней, от 12 до18 лет по 400 мг 2 р\д - 45 дней + рифампицин 8- 10 мг/кг массы тела/ сутки-в 2- 3 приема peros 45 дней	Доксициклин 200 мг\сутв 2 приема peros45 дней+ гентамицин СД 3- 5 мг\кг массы тела/ сутки 2 раза в\м -7-10 дней
≥ 18 лет	Доксициклин 100 мг 2 р\д 45 дней +ципрофлоксацин 0,5 г 2 р\д – 45 дней	Ципрофлоксацин СД 1,0 г в 2 р\д45 дней + рифампицин* СД 600 мг 2 р\д – 45 дней	Офлоксацин 400 мг 2 р\д - 45 дней +рифампицин* 600-900г/сут в 2 -3 приема – 45 дней
	Триметоприм/ сульфаметоксазол (ТМП/СМЗ), 80 мг ТМП/400 мг СМЗ +доксициклин 200 мг\сут в 2 приема peros 45 дней	Триметоприм/ сульфаметоксазол (ТМП/СМЗ), 80 мг ТМП/400 мг СМЗ) СД8/40 мг/кг, в 2 приема peros 6-8 нед. +рифампицин 900 мг\сутperos 6 нед.	

При нейробруцеллезе (менингит, менингоэнцефалит), эндокардите	Доксициклин 200 мг\сут в 2 приема peros45 дней+ ципрофлоксацин 1000 мг\сут в 2 приема	Доксициклин 200 мг\сут в 2 приема peros 45 дней+стрептомицин 1.0 г\сут в\м – 14-21 дней +рифампицин 600-900 мг/сут peros6-8 недель
	+Триметоприм/ сульфаметоксазол (ТМП/СМЗ), 80 мг ТМП/400 мг СМЗ)peros6-8 недель	
Беременные	Рифампицин* 900 мг\сут в 3приема peros – 45 дней	Триметоприм-сульфаметоксазол (ТМП-СМТ) СД 5 мг/кг по ТМП в 2 приема peros – 45 дней

2 антибактериальді препараттың комбинациясымен емдеу 45 күннен кем болмау керек.

- **Патогенетикалық емі: Дезинтоксикационды терапия:** При легких и средних степенях тяжести инфекционного процесса больным назначается обильное питье из расчета 20-40 мл/кг жидкости в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, минеральной воды. При тяжелой степени инфекционного процесса - парентеральное введение изотонических (0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствора декстрозы, натрия хлорида - 6,0; калия хлорида - 0,39, магния хлорида -0,19; натрия гидрокарбоната - 0,65; натрия фосфата однозамещенного - 0,2; глюкозы - 2,0)и коллоидных (меглюмина натрия сукцинат, 400,0) растворовв соотношении 3-4:1 в общем объеме 1200-1500 мл в течение 3-7 дней;

- **Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар:** полиартронейромиальгияларда ішке және жергілікті 2-4 апта; төмендегі бір препарат:

- □ диклофенак натрия 50 мг 3 рет күніне

- □ нимесулид 100 мг 2 рет күніне

- □ ибупрфен 200 мг 3 рет күніне

- □ диклофенак гель сыртқа қолдану(3-4 рет күніне)

балаларға: ибупрофен –5 – 10 мг/кг 3 - 4 рет күніне . 12 жастан асқандарға ішке таблетка 200 мг 3-4 рет күніне .

Ары қарай жүргізу:

Бруцеллезбен ауырған науқастарды 2 жыл бақылау.

Ауырып кеткен адамдар инфекционисттен алғашқы жылдан кейін 1, 2, 3, 6, 9, 12 айдан кейін, ал екінші жылы - 6 айдан кейін жіті клиникалық және серологиялық тексеруден өтеді. 2 жыл бойы процесстің хронизациясы байқалмаса диспансерлік тіркеуден шығарылады.

Реабилитация

- Бруцеллезбен ауыратын науқастардың реабилитациясы толық жүргізілуі қажет. Физиотерапевтік ем әдістерін – магнит, электр мен емдеу, жарықпен емдеу, ультрадыбыспен, инфрадыбыспен емдеу; бальнетеотерапия –пелоидтар, бишофит, гидробентонит; емдеу дене шынықтыру, рефлексотерапия, психотерапия кең қолдану керек. Ескеру қажет: жоғары температуралы табиғи және физиотерапевтикалық факторларды тек қана бруцеллездің өршу сатысынан 6 айдан кейін тағайындауға болады.

Қорытынды

- Соңғы жылдары эпизоотикалық жағдайдың нашарлануына байланысты қалалық бруцеллез жиі кездесіп, соның ішінде балалардың саны көбейіп жатыр. Мысалға, Оң-түстік Қазақстан облысында жыл сайын 100 мың тұрғынға 30,9% жаңа ауру тіркелсе, оның ішінде 53% — 14-ке дейін жастағы балалар. Аурушаңдылықты төмендету үшін ата ананың бұл ауруды болдырмаудағы үлесі жоғары.

Пайдаланылған әдебиеттер

- Интернет желісі
- Учайкин В.Ф. “инфекционные болезни у детей” 655-658 беттер
- Клиникалық протокол “Бруцеллез”