

В период ранней реконвалесценции происходит нормализация активности ЦП у группы больных со средней степенью тяжести болезни. У больных с тяжелой формой в период ранней реконвалесценции не происходило нормализации показателей, что свидетельствует о дефиците антиоксидантной защиты и выраженных патологических изменениях в организме. Достоверно более низкие значения ЦП в плазме крови выявлены у больных с осложнением в виде постгриппозной пневмонии (табл. 2, 3).

В процессе заболевания гриппом отмечено достоверное повышение уровня КЭ с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов, наблюдается постепенное снижение уровня активности фермента с возвращением к норме в период ранней реконвалесценции (см. табл. 1).

В группе больных с развившимися осложнениями в виде пневмонии наблюдались более выраженные сдвиги в состоянии активности каталазы эритроцитов (см. табл. 2, 3) с последующей нормализацией в периоде поздней реконвалесценции.

Таким образом, при изучении антиоксидантных компонентов в процессе гриппозной инфекции обнаружено угнетение содержания ЦП в плазме крови на фоне повышения активности КЭ.

У больных гриппозной инфекцией происходит существенное снижение уровня ЦП в сыворотке крови, что, возможно, обусловлено истощением зве-

на антиоксидантной защиты организма при данном заболевании. Выявлено также повышение активности КЭ, достигающей максимального значения на высоте клинических проявлений и нормализующееся в периоде реконвалесценции. Закономерные сдвиги показателей зависят от тяжести состояния, наличия осложнений. Нормализация уровня ЦП и КЭ у больных с осложненным и неосложненным гриппом происходила в периоде поздней реконвалесценции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов Б. П., Малькова Г. Н., Девяткин А. В. Острые респираторные заболевания и сердце. — М., 2003. — С. 22—66.
2. Малый В. П., Романцов М. Г., Сологуб Т. В. Грипп. — СПб.; Харьков, 2007. — С. 8—15.
3. Нагоева М. Х., Нагоев Б. С. Ангина: патогенетические аспекты иммунитета, свободно-радикального статуса и цитокинового профиля. — Нальчик, 2009. — С. 76—80.
4. Оразаев Н. Г., Гаитов А. А. Грипп: клинико-диагностические и патогенетические аспекты. — Нальчик, 2004. — С. 6—20.
5. Покровский В. И., Пак С. Г. Инфекционные болезни. — М., 2004.
6. Покровский В. И., Пак С. Г. и др. Инфекционные болезни и эпидемиология. — М., 2004.

Поступила 14.12.11

Сведения об авторах:

Бецукова Анжела Мухадиновна, аспирант каф. инфекционных болезней Кабардино-Балкарского государственного университета.

©КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.98:579.841.93]-036.22

А. А. Нафеев^{1,2}, Н. Т. Буртаева¹, Н. П. Никулкина¹, В. В. Безик³

ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА НА БЛАГОПОЛУЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ

¹ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области, 432005, Ульяновск, ул. Пушкирева, 5; ²ГОУ Ульяновский государственный университет, 432063, Ульяновск, ул. Архитектора Ливчака, 2; ³ГУЗ Областная детская клиническая больница имени политического общественного деятеля Ю. Ф. Горячева, 432011, Ульяновск, ул. Радищева, 42

В данном сообщении приводится эпидемиологическая ситуация по бруцеллезу в Ульяновской области. Впервые бруцеллез среди людей на ее территории был зарегистрирован в 1950 г. За почти сорокалетний период отмечается регистрация исключительно хронических случаев бруцеллеза среди профессиональных групп населения (животноводы, ветеринарные работники, персонал мясокомбинатов), что подтверждает профессиональный характер данного заболевания. В то же время на таком "относительно" спокойном фоне выявляются спорадические случаи бруцеллеза как в острой (1996), так и подострой форме (2005) у детей. Это подтверждает положение, что на активность эпидемического процесса при зоонозных инфекциях оказывают влияние как биологические факторы (особенности возбудителя и иммунологическая реактивность животных и человека), так и социальные (система организации эпидемиологического и эпизоотологического надзора на территории).

Ключевые слова: бруцеллез, зоонозные инфекции, эпидемиологический и эпизоотологический надзор

А. А. Nafeev^{1,2}, N. T. Burgaeva¹, N. P. Nikulkina¹, V. V. Bezik³

EPIDEMIC MANIFESTATIONS OF BRUCELLOSIS IN THE SAFE AREA

¹Federal Budget health care facility "Center for Hygiene and Epidemiology" in the Ulyanovsk Region, 5, Pushkareva str., Ulyanovsk 432005;

Для корреспонденции: *Нафеев Александр Анатольевич*, зав. отд-нием особо опасных инфекций ЦГиЭ, доктор мед. наук, доц., медицинский фак., каф. инфекционных и кожно-венерических болезней УГУ, e-mail: nafeev@mail.ru

²The State educational institution "Ulyanovsk State University", Medical Faculty, 2, Architect Livchak str., Ulyanovsk 432063;

³The Regional Children's Clinical Hospital named after the public servant Yu. F. Goryachev, 42, Radishcheva str., Ulyanovsk 432011

This report presents the epidemiological situation of brucellosis in the Ulyanovsk region. In the territory of the Ulyanovsk region brucellosis in humans for the first time was reported in 1950. For nearly forty years only chronic cases of brucellosis among the professional groups of population (breeders, veterinarians, meat processing plant personnel) were recorded, that confirms the professional nature of the disease. At the same time on a relatively calm background sporadic cases of brucellosis detected in both acute (1996), and subacute form (2005) in children are revealed. This confirms the position that the activity of the epidemic process in zoonotic infections is influenced by both biological (especially the pathogen and the immunological reactivity of human and animal), and social factors (the system of arrangement of epidemiological-epizootological supervision on the territory).

Key words: brucellosis, zoonotic infections, epidemiological-epizootological supervision

Ульяновская область является аграрной областью с ведением продуктивного животноводства. Впервые бруцеллез среди людей на ее территории был зарегистрирован в 1950 г. (пик за весь период регистрации заболеваемости — 320 случаев; 3,1 на 100 тыс. населения). С 1972 г., по данным Департамента ветеринарии Ульяновской области, область является благополучной по бруцеллезу (неблагополучных хозяйств по бруцеллезу, а также случаев заболеваний бруцеллезом среди частного поголовья не зарегистрировано). За почти сорокалетний период отмечается регистрация исключительно хронических случаев бруцеллеза среди профессиональных групп населения (животноводы, ветеринарные работники, персонал мясокомбинатов), что подтверждает профессиональный характер данного заболевания [2]. В то же время на таком "относительно" спокойном фоне выявляются спорадические случаи бруцеллеза как в острой (1996), так и подострой (2005) форме у детей, обнаруживаемые, как правило, случайно при проведении дифференциальной диагностики с применением комплекса специфических лабораторных тестов. Это подтверждает положение, что на активность эпидемического процесса при зоонозных инфекциях оказывают влияние как биологические факторы (особенности возбудителя и иммунологическая реактивность животных и человека), так и социальные (система организации эпидемиологического и эпизоотологического надзора на территории).

В данном сообщении приводится описание двух случаев бруцеллеза у детей, наблюдавшихся в инфекционно-боксованном отделении ГУЗ Областная детская клиническая больница (ГУЗ ОДКБ).

Б о л ь н а я А., 12 лет, жительница Ульяновска, была госпитализирована в инфекционно-боксованное отделение ГУЗ ОДКБ с 16.08.05 по 14.09.05.

Девочка поступила в отделение с жалобами на слабость и плохой аппетит. Анамнез заболевания: со слов матери, ребенок заболел остро в конце июля — начале августа с лихорадкой, сохраняющейся на протяжении 3 нед. Отмечались разжижение стула, выраженная слабость, вялость, снижение аппетита. Лечилась амбулаторно. При обследовании в поликлинике по месту жительства в общем анализе крови выявлено снижение уровня гемоглобина крови до 60 г/л. Ребенок был госпитализирован в гематологическое отделение для уточнения диагноза и лечения.

Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести за счет интоксикации и симптома анемии. Девочка вялая, беспокойная. Кожные по-

кровы очень бледные. Слизистые суховаты. Сыпи нет. В зеве спокойно. Периферические лимфатические узлы увеличены во всех группах до 0,5 см. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум. Живот увеличен в объеме за счет гепатоспленомегалии (печень на уровне пупка, селезенка до 5 см). Стул в норме, диурез снижен.

Анамнез жизни (эпидемиологический анамнез): девочка с рождения живет в Ульяновске в доме со всеми удобствами, периодически родителями вывозится в деревню к бабушке с бабушкой в один из районов Ульяновской области, где имеются сельскохозяйственные животные. За время нахождения в деревне ребенок неоднократно употреблял коровье некипяченое молоко. Проведены серологические исследования (результаты от 24.08.05) на сальмонеллез, дизентерию, паратифы, псевдотуберкулез и иерсиниоз, энтеробиоз — результаты отрицательные. Первоначальные исследования (24.08.05) на бруцеллез дали следующие результаты:

1) бактериологическая лаборатория ГУЗ ОДКБ (реакция Хеддельсона с бруцеллезным диагностиком положительная (+++); реакция Райта положительная (титр 1:200);

2) лаборатория особо опасных инфекций (ООИ) ФГУЗ ЦГиЭ в Ульяновской области (для уточнения специфичности полученных результатов): реакция Хеддельсона резко положительная (++++); реакция Райта сомнительная; РНГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностиком 1:20. Проведена консультация (по телефону) со специалистами НИИ детских инфекций (Санкт-Петербург) — согласно эпидемиологическому анамнезу и клинико-лабораторным данным, у ребенка подтвержден бруцеллез в острой септической форме.

Больная выписана с диагнозом: бруцеллез, острая септическая форма, среднетяжелое течение, компенсированная степень. Форма висцеральная. Миокардиодистрофия. Реактивный перикардит. Анемия тяжелой степени тяжести. Инфекционно-токсическая почка. Исход заболевания благоприятный.

Предпринятое эпидемиолого-эпизоотологическое расследование (основание: приказ Минздрава СССР № 789 от 11.06.87) показало: 1) на базе лаборатории ООИ проведено однократное серологическое обследование родственников на бруцеллез (родителей, бабушки, дедушки, проживающих в сельской местности) — результаты отрицательные; 2) ветеринарной службой на бруцеллез обследованы корова и телка (31.08.05) — результаты отрицательные. Корова па-

ла (предположительный диагноз, выставленный ветеринарной службой, — отравление).

Во втором случае заболевший был сельским ребенком, госпитализированным в инфекционно-боксерное отделение ГУЗ ОДКБ с 27.03.99 по 05.05.99. Жалобы при поступлении: субфебрильная температура в течение 2 мес, головная боль, слабость, боли в области сердца, повышенная раздражительность, плаксивость. Анамнез заболевания: ребенок болен в течение последних 3 мес. В январе появились субфебрильная температура, недомогание, кашель. Лечился в районе в амбулаторных условиях от острого бронхита. Состояние не улучшилось (сохранялись головная боль, раздражительность, повышенная утомляемость, снижение аппетита и субфебрильная температура, дважды в день отмечалось расстройство кишечника), ребенок был госпитализирован (с 29.02.96 по 10.03.96) в Центральную районную больницу, где, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, положительного эффекта достигнуто не было. Учитывая длительность патологии и невозможность оказать адекватную медицинскую помощь, больному был переведен в ГУЗ ОДКБ. В результате комплексного лабораторного обследования в порядке исключения (токсоплазмоз, листериоз, иерсиниоз, псевдотуберкулез) на основании положительных результатов реакций Райта (1:200), Хеддельсона (++++), РНГА с бруцеллезным диагностикумом (1:1600), подтвержденных реакциями более высокого ранга в Волгоградском научно-исследовательском противочумном институте (твердый иммуноферментный диализ 1:3200, ХЛИА 1:3200, РПГА 1:3200), был выставлен следующий диагноз: бруцеллез, подострая компенсированная стадия, среднетяжелое течение. Форма висцеральная. При сборе эпидемиологического анамнеза установлено, что ребенок нередко употреблял в пищу сырое коровье и козье молоко, приобретаемое у соседей или на рынке. Эпидемиолого-эпизоотологическое расследование показало: 1) на базе лаборатории ООИ проведено серологическое обследование родственников на бруцеллез: у родителей (отец, мать) зарегистрированы положительные результаты; у сестры — отрицательные): отец (РНГА 1:400, Хеддельсона +++++, Райта 1:200), мать (РНГА 1:400, Хеддельсона +++++, Райта 1:200). От

повторного обследования родственники отказались; 2) ветеринарной службой на бруцеллез обследованы домашние животные (сельскохозяйственные отсутствуют) — результаты отрицательные.

Учитывая результаты серологического обследования, можно утверждать, что в данном случае мы имели место с групповой (семейной) заболеваемостью при отсутствии у родителей выраженных клинических проявлений. Несмотря на отсутствие фактического установления в обоих случаях источника(ов) и фактора(ов) бруцеллеза, приведших к заболеванию детей, можно предположить алиментарный путь передачи через сырое молоко.

Отсутствие клинических проявлений у взрослых (во втором случае) при однотипном питании (употребление сырого молока от тех же животных) можно объяснить анатомо-физиологическими особенностями детей. Лимфатическая система у детей лабильна, ее барьерная функция активно принимает участие в инфекционном процессе при бруцеллезе. При острой форме бруцеллы распространяются лимфогематогенным путем, вовлекая в инфекционный процесс различные органы и системы, что отражается на клинической симптоматологии заболевания [1].

Подобные ситуации требуют в субъектах постоянного сохранения нацеленности санитарно-эпидемиологической и медицинской служб на обязательное лабораторное обследование на бруцеллез больных с симптомами, не исключающими данное заболевание [2], несмотря на официальную информацию из ветеринарной службы об отсутствии резервуара возбудителей бруцеллеза среди сельскохозяйственных и других видов животных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джалилов К. Д., Имомолиев У. Н. Бруцеллез у детей. — Ташкент, 1990.
2. Нафеев А. А., Никишина Н. М., Волкова Е. Г. Случай подросткового бруцеллеза // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 1999. — № 1. — С. 60.

Поступила 29.09.11

Сведения об авторах:

Буртаева Н. Т., врач-эпидемиолог ЦГиЭ; **Никулкина Н. П.**, врач-эпидемиолог ЦГиЭ; **Безик В. В.**, зав. инфекционно-боксовым отд-нием областной детской клинической больницы.