

# ХРОНИЧЕСКИЙ БРУЦЕЛЛЕЗ

## I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. *Название протокола:* Хронический бруцеллез

2. *Код протокола:*

3. *Код МКБ X:*

A23 – Бруцеллез

A23.0 – Бруцеллез, вызванный *Brucella melitensis*

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

4. *Дата разработки протокола:* 22 апреля 2013 г.

5. *Сокращения, используемые в протоколе:*

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИФА – иммуноферментный анализ

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПЦР – полимеразно цепная реакция

РСК – реакция связывания комплемента

РЭГ - реоэнцефалография

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦНС – центральная нервная система

ЭКГ - электрокардиография

IgA – иммуноглобулины класса А

IgG – иммуноглобулины класса G

IgM – иммуноглобулины класса M

6. *Категория пациентов:* взрослые больные поликлиник и инфекционных стационаров/отделений, многопрофильных и специализированных стационаров, беременные, роженицы и родильницы родильных домов/перинатальных центров.

7. *Пользователи протокола:*

- ВОП ПМСП, врач-терапевт ПМСП, врач-инфекционист ПМСП, врач-невролог ПМСП;

- врач-инфекционист инфекционного стационара/отделения, врач-терапевт, врач-невролог многопрофильных и специализированных стационаров, врач

Колодкин  
ОГ

Иванов

акушер-гинеколог родильных домов/перинатальных центров.

## II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### 8. *Определение:*

Хронический бруцеллез – зоонозное инфекционно-аллергическое заболевание, вызываемое бактериями рода *Brucella*, протекающее свыше шести месяцев, характеризуется выраженным полиморфизмом клинических проявлений с преимущественным поражением опорно-двигательной, нервной, мочеполовой и др. систем, склонностью к рецидивирующему течению.

9. *Клиническая классификация* (Н.Д.Беклемишев (1957), дополнена К.Б.Курмановой, А.К.Дуйсеновой (2002):

**Хронический бруцеллез** - длительность заболевания свыше 6 месяцев.

Различают 2 формы:

- первично-хронический бруцеллез
- вторично-хронический бруцеллез

**Стадии хронического бруцеллеза** - определяют по степени нарушения трудоспособности:

- стадия компенсации – наличие симптомов бруцеллеза, не нарушающих трудоспособности больного;
- стадия субкомпенсации – наличие симптомов снижающих трудоспособности больного;
- стадия декомпенсации – наличие симптомов, делающих больного нетрудоспособным.

### **Органопатология**

• *Опорно-двигательная система:* артрит, пери- и параартрит, сакроилеит, остеоартрит, артроз, спондилоартрит, спондилит, спондилодисцит, спондилез, бурсит, тендовагинит фиброзит, периостит, остеохондроз и т.д.

• *Нервная система:*

Центральная нервная система (менингит, энцефалит, миелит, васкулит сосудов головного мозга, вертебро-базилярная недостаточность, гипертензионный, дизэнцефальный, гипоталамический синдромы и т.д.).

Периферическая нервная система (неврит, радикулит, плексит, солитарит, корешковый синдром и т.д.).

Вегетативная нервная система (вегето-сосудистая дистония, нарушения микроциркуляции, атония кишечника и т.д.).

Психобруцеллез (астеноневротический синдром, депрессивный синдром, галлюциноз и т.д.).

Органы чувств (невриты зрительного и слухового нерва, увеонейрохориоретинит и т.д.).

• *Сердечнососудистая система* (миокардит, перикардит, эндокардит, нарушения ритма и проводимости, миокардиодистрофия, флебит, тромбофлебит и т.д.).

- *Половая система* (орхит, орхоэпидидимит, сальпингооофорит, нарушения менструального цикла, бесплодие и т.д.).
- *Мочевыделительная система* (гломерулонефрит, мочевого синдром и т.д.).
- *Дыхательная система* (бронхит, пневмония – редко).
- *Пищеварительная система* (гепатит, холецистит, гастрит – редко).

#### **10. Показания для госпитализации:**

Плановая госпитализация, определяемая признаками обострения болезни.

*Лечение больных хроническим бруцеллезом* – проводится в инфекционном стационаре, либо в терапевтических или неврологических отделениях по преимущественной локализации патологического процесса, т.к. больной не является источником инфекции.

#### **Клинические признаки обострения хронического бруцеллеза [1]**

1. Длительный субфебрилитет.
2. Прогрессирующая слабость, понижение работоспособности.
3. Повторные ознобы.
4. Головная боль, головокружение, шум в ушах.
5. Боли в суставах, в том числе мелких, пояснице, позвоночнике, крестце.
6. Признаки артрита.
7. Затруднения при движении, перемене положения тела.
8. Часто артралгии и ухудшения самочувствия связаны с переменной погоды, климатических условий, нервно-эмоциональными стрессами и т.п.

#### **11. Перечень диагностических мероприятий:**

Основные

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Кровь на микрореакцию (сифилис)
4. Микроскопия кала для обнаружения яиц гельминтов
5. Исследование крови в реакции Хеддлсона-Райта

Дополнительные

1. Исследование крови в РСК с бруцеллезными антигенами
2. ИФА крови для обнаружения Ig классов М, А, G к бруцеллам
3. ПЦР крови для обнаружения ДНК бруцелл
4. Бактериологическое исследование крови для выделения бруцелл
5. Биохимический анализ крови (общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, белковые фракции, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, ревматоидный фактор, С-реактивный белок).
6. Рентгенологическое исследование опорно-двигательного аппарата.
7. МРТ при поражении позвоночника.
8. КТ головного мозга при нейробруцеллезе.
9. РЭГ или УЗДГ сосудов головного мозга.
- 10.ЭКГ.



11. УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

12. Консультации специалистов: невропатолог; кардиолог; уролог; офтальмолог; фтизиоостеолог; нейрохирург; психиатр; гинеколог; эндокринолог; физиотерапевт.

- обследования, которые необходимо провести до плановой госпитализации

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Исследование крови в реакции Хеддлсона-Райта

## **12. Диагностические критерии:**

1) Жалобы и анамнез [2]:

- потливость, ознобы;
- болевой синдром (нейро-артро-миалгии);
- слабость;
- снижение работоспособности;
- эмоциональная лабильность.

### **Эпидемиологический анамнез:**

- Участие в окоте и отеле
- Уход за животными (мелкий и крупный рогатый скот)
- Забой животных и разделка туш, потрошение кишок
- Контакт с сырым мясом, фаршем, внутренними органами животных (печень, почки, легкие, кишки и т.д.)
- Употребление сырого молока или молочных продуктов кустарного производства (брынза, сметана, сливки, творог)
- Употребление недостаточно термически обработанного мяса (шашлык, донер, шаурма и т.д.)
- Обработка шкур животных, пошив изделий из шкур (каракуль)
- Стрижка овец
- Работа с шерстью животных, первичная обработка и т.д.
- Уборка помещений для животных
- Производство мясокостной муки
- Работа на мясокомбинате, мясных рынках
- Работа на молочных комбинатах
- Работа поваром, шашлычником
- Эпидемиологическая связь с известной вспышкой бруцеллеза или подтвержденным случаем бруцеллеза у людей.

2) физикальное обследование:

- волнообразная, чаще субфебрильная повышенная температура;
- болевой синдром (нейро-артро-миалгии);
- артриты и/или сакроилеиты и/или спондилоартриты;
- миозиты и/или невриты;
- полилимфаденопатия;
- увеличение печени.



### **1. Первично-хронический бруцеллез**

- Постепенное начало болезни.
- Наличие субфебрильной температуры, потливости при обострении процесса.
- Преобладают астеновегетативный синдром и локальные поражения.
- Длительность болезни свыше 6 месяцев.
- В анамнезе отсутствует указания на перенесенный острый или подострый бруцеллез.
- Возможность минимального инфицирования бруцеллами в течение длительного времени.
- Чаще первично-хроническим бруцеллезом болеют лица, длительно работающие в хозяйстве, не благополучном по бруцеллезу – ветврачи, доярки, чабаны; или лица, живущие в районе, неблагополучном по бруцеллезу.

### **2. Вторично-хронический бруцеллез**

- Характеризуется субфебрильной температурой, потливостью при обострении процесса.
- Преобладают астеновегетативный синдром и локальные поражения.
- Длительность болезни свыше 6 месяцев.
- Является следствием перенесенного острого или подострого бруцеллеза.

### **Клиника хронического бруцеллеза**

- Умеренная интоксикация – длительный субфебрилитет, слабость, повышенная раздражительность, плохой сон и аппетит, снижение работоспособности.
- Генерализованная лимфаденопатия.
- Изменение локомоторного аппарата – артралгии, бурситы, фиброзиты, целлюлиты. Поражается несколько суставов, в основном крупные.
- В патологический процесс вовлекаются различные отделы позвоночника, особенно пояснично-крестовое сочленение.
- Поражение нервной системы проявляется развитием невритов, плекситов, радикулитов, ишиорадикулитов.
- Возможно развитие бруцеллезного менингита, менингоэнцефалита, арахноидита.
- Нарушается половая функция – у мужчин наблюдаются орхиты, импотенция; у женщин – дисминорея, вторичное бесплодие.

### **3) лабораторное обследование:**

1. Общий анализ крови – нормо-лейкопения, гипохромная анемия, нейтропения, лимфоцитоз, моноцитоз, тромбоцитопения, СОЭ – в пределах нормы/незначительно увеличена (нормальные показатели крови: эритроциты: муж.  $4-5 \cdot 10^{12}/л$ , жен.  $3-4 \cdot 10^{12}/л$ ; цветовой показатель вычисляется по формуле: гемоглобин (г/л) / число эритроцитов  $\cdot 3 = 0,9-1,1$ ; гематокрит: муж. 40-54%, жен. 36-42%, гемоглобин: муж. 130-150 г/л, жен. 120-140 г/л; лейкоциты  $4-9 \cdot 10^9/л$ ; нейтрофилы: палочкоядерные 1-6%; плазматические



клетки – отсутствуют; сегментоядерные – 47-72%; моноциты 3-11%; тромбоциты  $180-320 \cdot 10^9/\text{л}$ ; СОЭ 6-9 мм/ч).

2. Титр агглютинирующих антител к Brucella в реакции Райта одной или более пробах сыворотки крови, взятой у больного после начала заболевания 1:50 и более.

3. Титр антител в РСК 1:5 и более.

4. Выявление противобруцеллезных антител класса IgG и/или IgM и/или IgA методом ИФА.

5. Бактериологическое исследование крови (посев) для выделения бруцелл, при подозрении на ре- и суперинфицирование.

6. Положительный результат ПЦР [3].

4) инструментальное исследование:

- Рентгенологическое исследование опорно-двигательного аппарата.

- МРТ при поражении позвоночника: спондилит, спондилодисцит, превертебральный натечник.

- КТ головного мозга при нейробруцеллезе.

- РЭГ или УЗДГ сосудов головного мозга при васкулите сосудов головного мозга.

- ЭКГ.

- УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

5) показания для консультации специалистов:

• Невропатолог – для исключения нейробруцеллеза: поражения ЦНС (менингит, энцефалит, миелит)

• Кардиолог (изменения на ЭКГ, эндокардит)

• Уролог (орхит)

• Офтальмолог (поражение органов зрения)

• Фтизиоостеолог (спондилит)

• Нейрохирург (спондилодисцит с пролабацией диска, эпидуральный натечник)

• Психиатр (психобруцеллез)

• Гинеколог (воспалительные процессы, бесплодие)

• Эндокринолог (бесплодие)

• Физиотерапевт (коррекция дополнительного лечения)

6) дифференциальный диагноз



## Алгоритм дифференциальной диагностики хронического бруцеллеза



*Blow*

## Псориатический артрит

*Примеры формулировки диагноза:*

A23.9 Первично-хронический бруцеллез, стадия субкомпенсации. Полиартралгии.

A23.0 Вторично-хронический бруцеллез, вызванный *Brucella melitensis*, стадия декомпенсации. Левосторонний гонит. Левосторонний орхит. Вторичное бесплодие.

### **13. Цели лечения:**

1. купирование признаков обострения локальных процессов;
2. снижение признаков астеновегетативного синдрома.

### **14. Тактика лечения:** (Клинические рекомендации ВОЗ, 2006) [6]:

#### 14.1. Немедикаментозное лечение:

- режим в соответствии с выраженностью локальных проявлений;
- диета №15.

#### 14.2. Медикаментозное лечение:

*Этиотропная терапия.* Антибиотики назначают при наличии повышения температуры.

*Требования к антибиотикотерапии бруцеллеза:*

- Длительность курса не менее 6 недель.
- Комбинация 2-х препаратов, обладающих синергизмом.
- Преемственность стационарного и поликлинического этапов лечения с указанием названия препарата, дозы и длительности лечения.

*Возможные антибактериальные препараты:*

- Антибиотики тетрациклинового ряда: **доксициклин (вибрамицин)** в дозе 0,2 г однократно 1 день, в последующие дни по 0,1 г.
- Аминогликозиды: **гентамицин** по 80 мг через 8 часов в/м.
- Ансамицины: **рифамицин** по 300 мг 3 раза в сутки.
- Фторхинолоны: **ципрофлоксацин** по 500 мг 2 раза в сутки или **офлоксацин** по 200 мг 2 раза в день 30 дней.
- Комбинированные сульфаниламиды: **сульфаметоксазол + триметоприм (бисептол, бактрим)** 960 мг перорально 2 раза в сутки.

#### **Лечение неосложненного бруцеллеза**

- Ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки + доксициклин 200мг/день (30 дней)
- Доксициклин 200мг/день (30 дней) + гентамицин 0,08 г 3 раза в сутки 1гр/день (7-10 дней)
- Офлоксацин по 200 мг 2 раза в день + доксициклин 200мг/день (30 дней )

#### **Лечение осложненного бруцеллеза:**

- Спондиллит – длительная терапия доксициклином – 8 недель и более.





- Нейробруцеллез – поскольку тетрациклины и аминогликозиды не проникают через гематоэнцефалический барьер, рекомендуется рифампицин или сульфаметоксазол+триметопримв комплексе с доксициклином.

**Осложненный бруцеллез (эндокардиты, менингиты, септические остеоартриты, абсцессы)**

- Доксициклин + 2 других препарата с хорошей активностью (рифампицин, фторхинолон, цефалоспорины III поколения в средних терапевтических дозах). Лечить до купирования симптомов локальных проявлений (до 12 недель).

**Лечение бруцеллеза во время беременности:**

- Рифампицин по 300 млн ЕД 3 раза в сутки в течение 45 дней.

**Патогенетическая терапия:**

- Нестероидные противовоспалительные препараты в течение 2-4 недель: диклофенак, кетопрофен.

- Стероидные противовоспалительные средства (в инъекционной форме на 3-7 дней) при поражении ЦНС, орхитах (преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон).

- Седативные средства: экстракт валерианы 125 мг, мелиссы 25 мг, мяты перечной 25 мг по 1 таблетке 3 раза в день; настойка пустырника по 30-50 капель 3-4 раза в день.

- Дезинтоксикационная терапия: При легких и средних степенях тяжести процесса больным назначается обильное питье из расчета 20-40 мл/кг жидкости в сутки в виде чая, фруктовых и овощных соков, морсов, минеральной воды. В тяжелых случаях требуется применение парентеральной дезинтоксикации. С этой целью используют кристаллоиды (физиологический раствор, ацесоль, лактосоль, ди- и трисоль и т.п.) и коллоиды (реополиглюкин, раствор гидроксиэтилкрахмала). Кристаллоидные и коллоидные растворы в соотношении 3:1 – 2:1.

- Десенсибилизирующая терапия: лоратадин внутрь по 1 таблетке (10 мг) 1 раз в день, кетотифен по 1 мг 2 раза в сутки (утром и вечером).

- Профилактика дисбиоза кишечника: стерильный концентрат продуктов обмена кишечной микрофлоры (Хилак-форте) капли для приема внутрь по 40-60 капель 3 раза в день (возможно назначение совместно с антибиотиками).

**Перечень основных медикаментов:**

1. Доксициклин таблетки, 100 мг, 200 мг; капсулы 100 мг;
2. Ципрофлоксацин раствор для инфузий 0,2%, 200 мг/100 мл, концентрат для приготовления раствора для инфузий 100 мг/10 мл; таблетки, покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг, 750 мг, 1000 мг;
3. Гентамицин по 80 мг, табл, сироп 240 мг/мл;
4. Рифампицин капсулы 150 мг, 300 мг; лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 0,15 г;
5. Офлоксацин таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой 200 мг, 400 мг, 800 мг; раствор для инфузий 200 мг/100 мл;



6. Сульфаметоксазол + триметопримтаблетки, 120 мг, 480 мг; таблетки, покрытые оболочкой 800 мг/160 мг; раствор для внутривенного введения 480 мг/5 мл; суспензия 120 мг/5 мл, 240 мг/5 мл; суспензия для перорального применения 240 мг/5 мл; сироп 200 мг/40 мг/5 мл.

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Диклофенак, табл., драже 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг; мазь, гель; раствор для инъекций 75 мг/3 мл, 75 мг/2 мл;
2. Кетопрофен раствор для инъекций 100 мг/мл, 100 мг/2 мл; раствор для внутримышечных инъекций 50 мг/мл; капсула 50 мг, 150 мг; таблетки, таблетки покрытые оболочкой 100 мг, 150 мг;
3. Преднизолон раствор для инъекций в ампулах 25 мг/мл, 30 мг/мл;
4. Дексаметазон раствор для инъекций в ампулах 0,4%;
5. Глюкоза раствор для инфузий 5%, 10%
6. Натрия хлорид растворы для инфузий;
7. Натрия хлорида - 6,0; калия хлорида - 0,39, магния хлорида - 0,19; натрия гидрокарбоната - 0,65; натрия фосфата однозамещенного - 0,2; глюкозы - 2,0 раствор для инфузий;
8. Гидроксиэтилкрахмал (пентакрахмал) раствор для инфузий 6%, 10%.
9. Стерильный концентрат продуктов обмена кишечной микрофлоры капли для приема внутрь 30 мл, 100 мл.
10. Лоратадин таблетки, 10 мг.
11. Кетотифен таблетки, 1 мг.
12. Экстракт валерианы 125 мг, Melissa 25 мг, мяты перечной 25 мг; таблетки.
13. Настойка пустырника (1:5) на 70% спирте; во флаконах по 40 мл или флаконах-капельницах по 50 мл.
- 14.3. Другие виды лечения (назначаются консультантом физиотерапевтом):
  - ультрафиолетовые лучи (УФО, соллюкс);
  - электрофорез обезболивающих и противовоспалительных средств;
  - ультразвук и фонофорез обезболивающих и противовоспалительных средств;
  - массаж,
  - индукторотерапия;
  - магнитотерапия;
  - УВЧ-терапия;
  - лазеротерапия.
- 14.4. Хирургическое вмешательство: нет
- 14.5. Профилактические мероприятия:
  - лица, перенесшие бруцеллез, в течение 2-х лет состоят на «Д» учете в КИЗе поликлиники;

*Handwritten signatures*

- в период диспансерного наблюдения проводят клинические осмотры, анализы крови, мочи, серологические исследования Хеддлсона-Райта, РСК с бруцеллезным антигеном;
- больных в фазе компенсации обследуют один раз в 6 мес., с латентной формой не реже 1 раза в год, в стадии субкомпенсации – ежемесячно и при необходимости – госпитализируются; при декомпенсации направляют на стационарное лечение.

#### 14.6. Дальнейшее ведение:

Санаторно-курортное лечение показано не ранее, чем через 3 месяца после обострения – желательны курорты местного климата: Мерке (Жамбылская область), Муялды (Восточно-Казахстанская область), Жана-Курган (Кызылординская область), Алма-Арасан, Капал-Арасан (Алматинская область).

#### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

1. купирование признаков обострения локальных процессов;
2. снижение признаков астеновегетативного синдрома.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

#### **16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

1. Имамбаева Гульсара Газизовна - к.м.н., доцент, и.о. зав.кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией АО «Медицинский университет Астана»;
2. Колос Елена Николаевна – к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии с курсом инфекционных болезней факультета непрерывного профессионального развития и дополнительного образования АО «Медицинский университет Астана».

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

#### **18. Рецензенты:**

1. Баетшева Динагуль Аяпбековна - д.м.н., зав.кафедрой детских инфекционных болезней АО «Медицинский университет Астана».
2. Доскожаева Сауле Темирбулатовна - д.м.н., зав. кафедрой инфекционных болезней Алматинского государственного института усовершенствования врачей.

#### **19. Указание условий пересмотра протокола:**

- изменения нормативно-правовой базы Республики Казахстан;
- пересмотр клинических рекомендаций ВОЗ;
- наличие публикаций с новыми данными, полученными в результате доказанных рандомизированных исследований.



## 20. Список использованной литературы:

1. Курманова К.Б., Дуйсенова А.К. Бруцеллез. Клинические аспекты., Алматы, 2002 г. – 252 с.
2. Brucellosis in Humans and animals. WHO/CDS/EPR/2006/7/Pages 89.P.36-41
3. Общая врачебная практика: диагностическое значение лабораторных исследований: Учебн. пособ. / Под ред. С.С.Вялова, С.А.Чорбинской. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 176 с.
4. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных заболеваниях. Практическое руководство. Том 1., Алматы. 2007 г. – 595 с.
5. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я.Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1056 с. – (Серия «Национальные руководства»).
6. «Об утверждении стандартов в области медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации» приказа МЗ РК № 623 от 15 декабря 2006 года.
7. Богомолов Б.П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика. - Москва, изд-во НЬЮДИАМЕД, 2007.- С.31-45.
8. Инфекционные и кожные заболевания / под ред. Николаса А. Буна, Ники Р. Колледжа, Брайана Р. Уолкера, Джона А.А. Хантера; пер. с англ. под ред. С.Г. Пака, А.А. Еровиченкова, Н.Г. Кочергина. – М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 296 с. – (Серия «Внутренние болезни по Дэвидсону» / под общ. Ред. Н.А. Мухина). – Переводизд. Davidson's Principles and Practice of Medicine, 20<sup>th</sup> edition / Nicolas A. Boon, Nicki R. Colledge, Brain R. Walker, John A.A. Hunter (eds).
9. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3 за 2004 год.



## ОТЗЫВ

на клинические протоколы по инфекционным болезням взрослых «Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения», «ОРВИ и грипп у взрослых», «Хронический бруцеллез» внештатного инфекциониста МЗ РК, д.м.н., профессора, проректора по клинической работе и НПР Карагандинского государственного медицинского университета, врача-инфекциониста высшей категории Кошеровой Б.Н.

### РАЗРАБОТЧИКИ:

- 1.Имамбаева Г.Г. – к.м.н., доцент, и.о. зав. кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией АО «Медицинский университет Астана»;
- 2.Колос Е.Н. – к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии с курсом инфекционных болезней ФНПР и ДО АО «Медицинский университет Астана».

Протоколы соответствуют типовой структуре клинического протокола для всех уровней оказания медицинской помощи.

В протоколах отражены все существующие на сегодняшний день диагностические категории, основные и дополнительные мероприятия, основанные на доказательствах, определены уровни доказательств. Четко определены цели лечения. Отражены методы и схемы лечения, представлены современные средства терапии в соответствии с исследованиями доказательной медицины.

Список литературы соответствует тематике протоколов, включает новейшие научно-медицинские издания.

Индикаторы эффективности лечения определены четко и правильно.

Замечаний по протоколом не имеется.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** клинические протоколы по инфекционным болезням взрослых: «Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения», «ОРВИ и грипп у взрослых», «Хронический бруцеллез» рекомендуются к утверждению для использования врачами ПМСП и стационаров.

Внештатный инфекционист МЗ РК, д.м.н., профессор, проректор по клинической работе и НПР Карагандинского государственного медицинского университета, врач-инфекционист высшей категории Кошерава Б.Н.

23.08.2013 г.