

А.Г. ӨЛМАМБЕТОВ, Н.Н. ҮДЕРБАЕВ, М.Б. ОРАЗБАЕВ,  
Н.С. АҚЫЛБЕКОВ

**ТӨТЕНШЕ ЖАҒДАЙЛАР КЕЗІНДЕГІ ТҰРҒЫНДАРҒА  
ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМДІ  
ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ**

АҚ «Республикалық ғылыми жедел медициналық көмек орталығы»

Мақалада төтенше жағдайлар кезіндегі денсаулық сақтау ұйымдарының басқа да шұғыл қызметтермен өзара байланысының халықаралық тәжірибесі келтіріледі. Әлемдік тәжірибе көрсеткендей, төтенше жағдайлардың медициналық-санитарлық салдарын жою технологиясын жетілдіру, басқару шешімдерінің жеделдетілуін оңтайландыру және қамтамасыз ету жедел медициналық жәрдем көрсетудің озық түрлері мен әдістері есебінен іске асырылады. Қазақстан Республикасында қатаң заңнамалық негізде жүзеге асырылатын түрлі ведомствалардың медициналық қызметтері арасындағы толық түрдегі ынтымақтастық және өзара көмекті жолға қою қажет.

**Негізгі сөздер:** жедел медициналық көмек, төтенше жағдайлар, басқару, ұйым.

A.G. ALMAMBETOV, N.N. UDERBAYEV,  
M.B. ORAZBAYEV, N.S. AKHILBEKOV

**THE INTERNATIONAL EXPERIENCE OF THE  
ORGANIZATION OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE  
TO THE POPULATION AT EMERGENCY SITUATIONS**

JSC «Republican scientific center  
of emergency medical care»

The international experience of interaction of the organizations of health care is given in article with other emergency services at emergency situations. World experience shows that optimization and ensuring efficiency of adoption of administrative decisions, improvement of technologies of elimination of medicosanitary consequences of emergency situations is reached at the expense of use of progressive forms and methods of rendering of emergency medical service. In the Republic of Kazakhstan, it is necessary to adjust complete cooperation and mutual aid between health services of various departments that should be carried out strictly on a legislative basis.

In extensive territories of Republic of Kazakhstan with its various climatic conditions various natural cataclysms take place: hurricanes, heavy strong winds, tornadoes, long storm rains, heavy snowfalls, blizzards, ice, thunder-storms, hard frosts, dusty storms, droughts, dry winds, collapses, landslides, avalanches, mudflows, floodings and floodings in a zone of the Caspian Sea, forest and steppe fires. In seismic and dangerous zones of the republic are 27 cities, more than 400 settlements are located, more than 40% of industrial capacity of the republic are placed.

**Key words:** emergency medical care, emergency situations, management, organization.

УДК 616.9 (574)

И.Н. МУСАБЕКОВА

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛИСТЕРИОЗА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе

За последние десятилетия в клинической практике наблюдается всё более частая регистрация листериоза, расширился не только удельный вес этой инфекции, но и спектр её клинических проявлений. По мнению большинства исследователей [1-4], это связано с изменениями условий окружающей среды, благоприятными для возбудителя и улучшением лабораторной диагностики заболевания.

По данным государственного санитарно-эпидемиологического надзора г. Алматы в структуре инфекционных болезней с неясным клиническим диагнозом и длительной лихорадкой, листериоз составляет 14,7 %. Высокой (до 10 – 15%) является инфицированность листериями беременных женщин с угрозой для жизни плода и новорожденного [5]. При обследовании больных домашних животных листерии выявлены у 37,7 % собак и 10,6 % кошек, а в структуре патогенной флоры у грызунов листерии достигают 22,2 %.

Листериоз, как и ранее, не является широко распространенной инфекцией. До 1960 года листериоз человека был редкостью, но с 1960 по 1982 г. сообщалось уже о более чем 10 000 бактериологически подтвержденных случаях. В последующем в мире регистрировали ежегодно более тысячи заболевших. Крупные вспышки листериоза описаны в высокоразвитых странах Западной Европы (Франции, Великобритании, Финляндии) и Северной Америке (США, Канаде), связанные с употреблением продуктов животного (мягких сыров, мясных полуфабрикатов, колбасных изделий в вакуумной упаковке, сосисок, сливочного масла и др.), растительного (салатов, овощей) происхождения, а также морепродуктов.

За период, прошедший с начала систематического изучения этой болезни, выявлены и изучены многие её аспекты. Все яснее вырисовываются особенности этой болезни. Но к концу XX века листериоз открылся

перед исследователями и практическими врачами и как пищевая токсикоинфекция [6-11]. На эту особенность заставили взглянуть появившиеся в возрастающем количестве вспышки листериоза среди людей, связанные с употреблением различных продуктов питания: пастеризованного молока, сыра, мороженого, мяса, овощей и т.д. Вызывает беспокойство и высокий процент летального исхода среди людей.

Проблема пищевого листериоза, кроме медицинского, имеет существенное социально-экономическое значение. Изъятие зараженных листериями партий продуктов из торговли, ограничение ввоза и вывоза продуктов, остановка их производства, заболеваемость и падеж сельскохозяйственных животных наносят ущерб в сотни миллионов долларов странам - экспортерам сыра и мясных продуктов. Все вышеизложенное побудило Всемирную организацию здравоохранения предпринять ряд мер по борьбе с этой опасной инфекцией.

В США заболеваемость листериозом (диагноз которого подтвержден посевом крови или СМЖ) составляет около 4,4 на 1 млн жителей в год, то есть ежегодно 1092 случая. Частота листериоза новорожденных - 9 случаев на 100000 родов. С 1986 по 1990 г. благодаря ужесточению санитарного режима в пищевой промышленности заболеваемость снизилась на 40%.

Статистические данные по многим штатам свидетельствуют, что 23% спорадических случаев листериоза заканчиваются смертью или приводят к мертворождению. При эпидемических вспышках этот процент еще выше.

Так, из 2518 больных листериозом, выявленных в США в 1997 г., у 20% наступил летальный исход, а госпитализация больных требовалась в 92% случаев.

С августа по декабрь 2008 года в Канаде погибло 20 больных, листериоз у которых был связан с употреблением сыров и мясных полуфабрикатов.

В октябре 2010 года в Техасе произошла вспышка листериоза, предположительно связанная с местным выращиванием и обработкой сельдерея. При этой вспышке 10 человек были госпитализированы с диагнозом листериоз и пятеро погибли. Большинство инфицированных людей имели проблемы со здоровьем, которые ослабили их иммунную систему.

По информации CDC (Американский центр контроля и профилактики заболеваний), с конца июля 2011 года было зарегистрировано 146 случаев листериоза, связанных с употреблением дыни канталуп, в 28 американских штатах 32 заболевших скончались. Кроме того, у одной из заразившихся американок был зафиксирован выкидыш.

В феврале 2012 года более 1 млн. штук яиц были отозваны после того, как на нескольких перерабатывающих заводах было обнаружено загрязнение бактерией *Listeria*. Яйца были проданы под брендами "Columbia Valley Farms", "GFS", "Glenview Farms", "Papetti's", "Silverbrook" и "Wholesome Farms" в 34-х странах мира.

В сентябре 2012 года импортированный в США из Италии сыр «Ricotta Salata» стал источником распространения листериоза, по данным Центра инфекционного контроля и карантина (CDC), вспышка которого была зафиксирована в 11 штатах Америки (14 заболевших, 3 умерших). Имеются сообщения о гибели людей при вспышках пищевого листериоза в Новой Зеландии, Германии.

Во время эпидемии смертность среди взрослых и новорожденных детей составляет примерно 27-33%, но чаще имеют место спорадические (эндемические) случаи заболевания [12-15].

Обследование 2860 инфекционных больных позволило В.В. Красовскому с соавт. [16] прийти к заключению, что на Украине ежегодный уровень заболеваемости листериозом должен составлять 35-70 случаев на 100 000 населения. Расследование групповых вспышек показало, что клинически выраженная листериозная инфекция развивается не более, чем у 20% инфицированных. При этом заболеванию подвержены все возрастные группы населения, не зависимо от пола, без четкой принадлежности к какой-либо группе риска и выраженной сезонности.

В Российской Федерации заболеваемость листериозом у людей официально регистрируется с 1991 г. Однако официальная статистика (40100 случаев в год) не отражает реального состояния заболеваемости листериозом, что обусловлено не только разнообразием клинических форм болезни, но также недостаточной осведомленностью врачей об особенностях проявления этой инфекции. Образовался своеобразный вакуум между реальной ролью листерий в инфекционной патологии человека и практическими исследованиями в этой области.

В Республике Казахстан листериоз подлежит регистрации с 2002 года, с момента выхода приказа № 946/326 «О профилактике листериоза в Республике Казахстан» МЗ Республики Казахстан и Министерства сельского хозяйства РК от 17 октября 2002 года.

Основным резервуаром листерий в природе являются многочисленные виды диких, домашних животных и птиц.

Животные заражаются через воду и корма, загрязненные листериями, а также от больных и переболевших животных. Загрязненные листериями водоемы опасны как в эпизоотологическом, так и эпидемиологическом отношении. Листерии могут сохраняться и размножаться в почве и гниющих растительных остатках, однако грызуны, наряду с некоторыми другими группами диких животных, играют важную роль в загрязнении внешней среды. Вероятно, что наиболее широкое распространение данный возбудитель имеет в сельских регионах, так как может вызывать заболевание не только человека, но и многих видов животных. Листерии, патогенные для человека, выделяют из 24% проб почвы и растений, взятых в Казахстане [5]. Причем наиболее высокий процент зараженности среди грызунов отмечен именно у синантропных видов - у серой крысы (13,0±0,9%) и домашней мыши (7,7±0,006%), которые приближены к человеческому жилищу и, как правило, присутствуют в местах содержания животных и играют ведущую роль в качестве резервуара инфекции и ее источника для домашних животных и человека [17]. Показатель инфицированности по городу Актобе домашней мыши 0,4%, при этом из общего числа грызунов, добытых в открытых станциях - более 50%, а в закрытых станциях - свыше 90%. В связи с их большой общей численностью эти грызуны имеют значительную эпидемиологическую опасность [18].

Листерииоз в Актюбинской области среди сельскохозяйственных животных, по данным областной ветеринарной лаборатории, преобладает у мелкого рогатого скота, на втором месте стоит крупный рогатый скот, реже листериоз регистрируется у свиней и еще реже – у лошадей.

Человек особенно часто заражается, употребляя в пищу ранние овощи, при хранении которых в холодильнике происходит накопление листерий и даже повышение их вирулентности. Кроме того, заражение происходит при употреблении продуктов от больных животных — молока, мяса, яиц, мороженого, мягких сыров. Установлены факты заражения детей внутриутробно, передачи возбудителя половым путем, заражения акушеров при оказании помощи новорожденным.

Инкубационный период продолжается, в среднем, 2-4 недели. Клиническое течение листериоза отличается разнообразием. Согласно приказа № 946/326 «О профилактике листериоза в Республике Казахстан» МЗ Республики Казахстан и Министерства сельского хозяйства РК от 17 октября 2002 года в нашей республике в практическом здравоохранении идет регистрация больных с соответствующими клиническими формами с учётом клинико-патогенетической классификации, предложенной В.М. Степановым и А.М. Дмитриевским. Ими выделяются первично-очаговые, первично-генерализованные и вторично-очаговые формы болезней.

Листерииоз начинается внезапно, с ознобом повышается температура тела, появляются симптомы общей интоксикации (головная боль, бессонница, боли в мышцах, раздражительность), исчезает аппетит. Заболевание нередко протекает с экзантемой (крупнопятнистая или эритематозная сыпь, сгущающаяся в области крупных суставов; на лице иногда образуется фигура бабочки). Кроме названных симптомов, отмечают увеличение и болезненность лимфатических узлов (углочелюстных, шейных, подмышечных, мезентериальных). Длительность лихорадки варьирует от 3 дней до 2 недель.

Первично-очаговые формы развиваются в зависимости от места внедрения листерий. Нередко имеет место поражение зева, миндалин, реже – кишечника. Из других форм листериоза можно отметить относительно благоприятно протекающий листериоз кожи, возникающий у ветеринарных работников и других лиц, постоянно контактирующих с животными; у них болезнь протекает в виде везикулезно-пустулезной сыпи на коже. Из гноя пустул можно выделить листерии.

В зависимости от инфицирующей дозы и состояния иммунитета на момент заражения возможно развитие первично-генерализованной формы без первичного очага.

При отсутствии адекватного лечения первично-очаговых форм, у больных возможно дальнейшее распространение заболевания, с образованием вторичных очагов. При нервных формах листериоза появляются менингеальные симптомы (эта форма наблюдается у 75% детей с бактериологически подтвержденным листериозом). Наблюдаются симптомы Кернига, Брудзийского, ригидность мышц затылка. Цереброспинальная жидкость вытекает под давлением, отмечается цитоз и небольшое увеличение количества белка. Содержание сахара и хлоридов не изменяется.

Могут наблюдаться симптомы энцефалита. Иногда в клинической картине листериоза на первый план выступают симптомы острого гастроэнтерита, острого пиелита, острого эндокардита, нередко увеличиваются печень и селезенка. Наиболее распространена генитальная форма.

Листерииоз беременных. Безусловно, беременные женщины могут заболеть любой из описанных выше форм листериоза. Однако у большинства женщин, у которых родился ребенок с врожденным листериозом, не было типичных проявлений листериозной инфекции. Некоторые авторы [19-21] отмечали, что у беременных за несколько недель до родов наблюдалась неясная лихорадка, протекающая с ломящими болями в мышцах, ознобом, иногда гнойным конъюнктивитом и тонзиллитом. В других случаях во время беременности были случаи легких гриппоподобных заболеваний. Вероятно, это были признаки обострения (активизации) латентного листериоза, который часто отмечается у беременных женщин. Так, при многократном (до 7 раз) обследовании 137 беременных женщин листерии из испражнений были выделены у 60 из них (44%). В другом исследовании у беременных листерии в испражнениях обнаруживались в 12%, а в меконии новорожденных листерии обнаруживались лишь в 0,7% случаев. Таким образом, не всякое бактерионосительство приводит к внутриутробному инфицированию плода. Можно думать, что внутриутробное инфицирование происходит не в результате бессимптомной инфекции (носительства), а в результате обострения латентного листериоза во время беременности. Это обострение может проявляться в виде легких гриппоподобных заболеваний или в более тяжелых формах. Особые опасения вызывает влияние инфекции на частоту недонашивания и состояние плода. При заболевании беременных листериозом отмечена высокая перинатальная заболеваемость и смертность. Так, по данным С. Н. Рыжковой [20], высокий титр антител в РПГА в группе с угрозой прерывания беременности выявлен у 51% женщин, в группе со вторичным бесплодием – у 28,6%, в группе с внутриутробной гибелью плода и выкидышами – у 59,5%.

Чем раньше при беременности наступает инфицирование, тем выше риск гибели плода из-за незрелости иммунной системы. Средний гестационный возраст, в котором произошло инфицирование, у погибших плодов составил 26 недель, а у выживших - 34 недели.

Наблюдается вертикальная передача от матери к плоду, возможно заражение новорожденного при прохождении через родовые пути. Лица, инфицированные листериями при употреблении заражённой пищи, не имеют симптомов заболевания, становятся хроническими носителями возбудителя в своем желудочно-кишечном тракте, листерии выделяют из 5-6 % образцов кала здоровых людей. В последующем у женщин наступает колонизация листерией влагалища и шейки матки. Многие инфицированные беременные симптомов заболевания не имеют. Чаще (2/3 случаев) заражение сопровождается клиническими проявлениями (продром): лихорадка, озноб, головная боль, мышечная боль, боль в спине, поражение верхних дыхательных путей, реже возможны диарея и боль в животе. Продром представляет стадию

бактериемии, когда, вероятно, происходит инфицирование плодного яйца. Через 3-7 дней после этого продрома возможно развитие амнионита с последующими преждевременными родами, септическим абортom, инфекцией плода, мертворождением. Материнская инфекция протекает нетяжело, редко возможен общий сепсис.

Чаще листериоз наблюдается в III триместре беременности. К сожалению, листериоз не имеет специфических клинических проявлений, отличающих его от других инфекций, поэтому беременные с подобными симптомами в конце II- начале III триместра должны быть обследованы на наличие листериоза. В отличие от матери, листериоз у новорожденных протекает тяжелее и может закончиться летально (3-50%).

Листериоз у новорожденных представлен двумя клинически различными видами. Ранний листериоз протекает в форме общего сепсиса с мультиорганным поражением: легких, печени, ЦНС, приводит к высокой мертворождаемости и неонатальной смертности, чаще болеют маловесные дети. Инфицирование плода происходит перед родами (во время продрома у матери). При возможности восходящей инфекции главным путем инфицирования плода является распространение инфекции от заболевшей матери на плаценту, откуда возбудитель попадает к плоду, вызывая у него септицемию с вовлечением множества органов. Амниотическая жидкость инфицируется через поступление бактерий с мочой плода. Аспирация инфицированной амниотической жидкости может приводить к поражению дыхательных путей плода.

Заболевание проявляется в первые часы - дни жизни. Характерны множественные гранулемы, которые чаще находят в плаценте и печени. Они могут быть ключом к диагнозу при неонатальном сепсисе первых дней жизни. Летальность достигает 50%.

Поздний листериоз встречается у доношенных новорожденных при неосложненном течении беременности. При заражении новорожденного во время родов признаки врожденного листериоза появляются через 1-2 недели после рождения. Листериоз новорожденных протекает тяжело с высокой летальностью. Основные симптомы заболевания у них: лихорадка (38-39°C и выше), одышка, заложенность носа, цианоз. Поражаются не только верхние дыхательные пути, но и легкие. Листерии могут обусловить бронхопневмонию, протекающую иногда с выраженными нарушениями бронхиальной проходимости и ателектазами, иногда развивается гнойный плеврит. В отдельных случаях пневмония протекает как интерстициальная. У большинства больных увеличена печень, наблюдается желтуха; увеличение селезенки встречается реже. Помимо желтухи и цианоза, у отдельных больных появляется экзантема. Возникают менингеальные симптомы, иногда судороги, неравномерность сухожильных рефлексов, параличи. Экзантема захватывает туловище и конечности. Вначале появляются темно-красные пятна, затем они превращаются в папулы, а некоторые в везикулы. Отдельные элементы сыпи могут сливаться. В этих случаях мелкие гранулемы обнаруживаются во многих внутренних органах. Это своеобразно протекающий

сепсис, который обычно приводит к летальному исходу. В более легких случаях сыпи может не быть, иногда наблюдаются фарингит, конъюнктивит, ринит, понос. После выздоровления у 15-20% реконвалесцентов сохраняются резидуальные явления со стороны центральной нервной системы. Частыми последствиями заболевания являются гидроцефалия, задержка умственного развития, а смертность приближается к 40%. Новорожденные при рождении выглядят здоровыми, а заболевание проявляется через несколько дней или недель после родов: явления менингита бывают чаще, чем сепсис. Считается, что заражение происходит в родах или после них: во время прохождения плода через родовый канал или в отделении новорожденных родильного дома [22-25].

Учитывая высокую смертность при заболевании новорожденного листериозом, все беременные с лихорадкой должны обследоваться на наличие инфекции: посев выделений из цервикального канала и крови. Возможно проведение амниоцентеза и исследование на наличие возбудителя листериоза.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Клиническая диагностика трудна. Вместе с тем, характерные анамнестические и эпидемиологические данные, даже в сочетании с типичной клинической картиной болезни позволяют поставить лишь предположительный диагноз. Необходимо лабораторно-этиологическое подтверждение диагноза, в первую очередь бактериологическое. Бактериологически исследуют кровь, смывы зева, мазок из влагалища, цереброспинальную жидкость, околоплодные воды, плаценту, органы мертворожденных или умерших. Если возбудитель выделить не удаётся, применяется серологическое исследование крови. Рекомендуется принимать во внимание четырехкратное нарастание титра антител в динамике болезни, обычно на 2 и 4 неделе. Серологическая диагностика включает в себя РА, РПГА, ИФА.

Дифференциальный диагноз листериоза проводят в зависимости от клинической формы. При выявлении лимфаденита дифференцируют от инфекционного мононуклеоза, инфекционной эритемы Розенберга, острого токсоплазмоза, болезней крови. Менингоэнцефалитическую форму необходимо дифференцировать с гнойными менингитами. При листериозе, кроме поражения мозговых оболочек, могут быть другие проявления этой инфекции—поражение лимфатических узлов, характерная картина крови. Листериоз беременных нужно дифференцировать от вялотекущих пиелонефритов, пиелоститов другой этиологии. Врожденный листериоз дифференцируют от пневмоний, острых респираторных заболеваний, пилороспазма. Для листериоза характерны диссеминированные узелковые элементы экзантемы, желтуха, высокая лихорадка, нарушение кровообращения. При диагностике учитываются и эпидемиологические предпосылки.

Лечение. Этиотропную противолостериозную терапию можно проводить различными антибиотиками или их сочетаниями. По данным И.П. Тартаковского (2000), более эффективным является сочетание ампициллина с гентамицином. Согласно действующего в Республике Казахстан приказа, рекомендуется применение цефало-

споринов, фторхинолонов, а в сочетании с другими препаратами – нитрофуранов и сульфаниламидов. При тяжелых формах листериоза этиотропную терапию проводят повторными курсами со сменой антибиотика [26].

Прогноз неблагоприятный у детей до 1 года и у взрослых старше 60 лет, а также у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (рак, СПИД и др.). У беременных листериоз может приводить к тяжелым поражениям плода. После листериозных менингоэнцефалитов возможны резидуальные явления со стороны центральной нервной системы. Прогноз более благоприятный у взрослых без тяжелых сопутствующих заболеваний.

Профилактика и мероприятия в очаге: борьба с листериозом домашних животных, тщательная термическая обработка мяса и мясных продуктов, запрещение употребления сырого молока. Особую опасность листериоз представляет для беременных, поэтому беременных, работающих в животноводстве, необходимо временно переводить на работу, не связанную с постоянным контактом с животными. Профилактика в окружении больного не проводится. Специфическая профилактика не разработана. Для профилактики врожденного листериоза большое значение имеет своевременное выявление листериоза у беременных и проведение соответствующей терапии.

Так как листериоз не теряет своей актуальности в нашей республике, введен в действие еще один приказ: Приказ Минздрава от 16.08.2007 № 507 и Министерства сельского хозяйства от 16.08.2007 № 507 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических и ветеринарно-санитарных правил и норм «Организация эпидемиолого-эпизоотологического надзора и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) и ветеринарно-профилактических (противоэпизоотологических) мероприятий по листериозу в Республике Казахстан», согласно которому круг лиц, в обязательном порядке подвергающийся обследованию на листериоз, расширился. [27].

### Список литературы:

1. В.М. Степанов, В.А. Меркер, Л.С. Безрукова и др. Современные проблемы листериоза в Казахстане // Развитие международного сотрудничества в области изучения инфекционных заболеваний: материалы международной конференции «Сосновка», Новосибирская область, 2004. С. 129.
2. И.С. Тартаковский, В.В. Малеев, С.А. Ермолаева Листериоз: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика М.: Медицина для всех, 2002. 200 с.
3. А.М. Дмитриевский, В.М. Степанов и др. Экологические и социальные основы листериоза // «Проблемы профилактики инфекционных заболеваний в популяции Казахстана». Алматы - 2002.-С. 486-489.
4. Л.В. Родина, Г.М. Маненкова, В.В. Тимошков Факторы и пути заражения листериозом населения Москвы // Журн. эпидемиология и инфекц. болезней, № 4, 2002, С. 48 – 49.
5. Инструкция по эпидемиологии, эпизоотологии, профилактике, клинике и лечению листериоза у людей и животных. Приложение к приказу РК № 946/326 от 17 октября 2002 года. 30 с.
6. И.С. Тартаковский, С.А. Ермолаева, В.В. Малеев Факторы патогенности листерий и их роль в патогенезе и лабораторной диагностике листериоза // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии.-2003.-№ 4.- С. 31 – 36.
7. Г.А. Утепбергенова, А.М. Дмитриевский Зоонозные инфекции в Казахстане //Астана медициналық журналы. -2006.- № 2.- С. 92-94.
8. Л.Х. Асенова Клинико-эпидемиологические особенности листериоза //Астана медициналық журналы.- 2006.- №3.- С.15-17.
9. Т.И. Карпова, Н.М. Шустрова, А.Е. Снегирёва, С.А. Шевелева, И.Б. Куваева Размножение листерий в молочных продуктах // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии. 2001.- № 1.- С. 80 – 81.
10. Л.В. Родина, Г.М. Маненкова, В.В. Тимошков Факторы и пути заражения листериозом населения Москвы // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2002.- № 4.- С. 48 – 49.
11. Ю.В. Григорьев, Т.В. Честнова Эпидемиологические особенности сезонности распространения листериоза // Вестник новых медицинских технологий: периодический теоретический и научно-практический журнал.- 2002.- № 1.- С. 78-79.
12. Г.А. Утепбергенова, М.К. Егизбаев, Ш.Ж. Ищанова, А.Т. Кусейнова, С.Н. Пайзуллаева, Ф.Д. Темиралиева Случай листериоза, диагностированный в Южно-Казахстанской области // Журнал «Вестник ЮКГМА». - 2006 г. - №2 (28).- С. 269-270
13. Г.А. Утепбергенова Проблема зоонозных инфекций в Казахстане / Материалы Международного Конгресса «Медицинский университет на рубеже веков, посвященный 75-летию юбилею КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, 30.05 2006 г. - С.151
14. Г.А. Утепбергенова, Н.В. Зубова, Ж.А. Дербисалина, А.М. Дмитриевский Кожные проявления листериоза // Журнал «Дерматология және венерология мәселелері». - 2007.- №1-2 (29-30). - С. 49-51
15. В.М. Степанов, А.М. Дмитриевский, В.А. Меркер и др. Методические указания по этиологии, эпидемиологии, эпизоотологии, клинике, лечению и лабораторной диагностике листериоза. Алматы - 2003.-34 с.
16. В.В. Красовский, В.Н. Васильев, С.А. Деркач, С.И. Похил. Итоги пятилетнего изучения листериоза на Украине // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии. - 2000.- № 3.- С. 80 – 85.
17. Л.В. Родина, Г.М. Маненкова, В.В. Тимошков. Эпидемиологические проявления эпизоотического процесса листериоза в популяции грызунов Москвы // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2002.- № 2.- С. 11 – 13.
18. М.А. Алашбай, Ж.Е. Бекенов, С.У. Турмагамбетова, Р.М. Джанбауова. О распространении грызунов в городе Актобе // Медицинский журнал Западного Казахстана.- 2007.- №3.- С. 117-119.
19. А.М. Дмитриевский, В.М. Степанов, И.Н. Мусабекова и др. Экологические и социальные аспекты листериоза. // В сб. «Проблемы профилактики инфекционных заболеваний в популяции Казахстана» - Алматы - 2002. С. 486 – 489.
20. С.Н. Рыжкова . Роль листериоза при невынашивании

- беременности и бесплодии // Вопросы морфологии и клиники – Алматы – 2003. - С. 319 -322
21. Н.В. Зубова Клинические проявления, диагностика и лечение листериоза у женщин. Автореферат дисс... к.м.н. – Алматы – 2009. - 19 с.
  22. Н.В. Попова Оценка клинико-иммунологической эффективности цитокинотерапии затяжных и хронических форм листериоза у детей: автореферат дисс. ...канд.мед.наук – Алматы - 2006.-19 с.
  23. З.И. Сулейменова, Н.Б. Булина, Е.Н. Тутаяева. Клиническое течение листериоза у взрослых // Медицина.- 2007.- № 4.- С. 40-42.
  24. Т.В. Честнова Два случая листериоза, диагностированных в Тульской области // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2002.- № 2.- С. 50 – 5125.
  25. Г.Г. Куттыкужанова, Н.В. Попова, Н.Б. Тажигалиева Листериоз // Журн. Медицина, № 1, 2004, № 51 – 55.
  26. А.М. Дмитриевский и др. Невенерические бактериальные инфекции, передающиеся половым путём. // «Современные проблемы инфекционной патологии». Алматы, 2002.- С. 486 – 489.
  27. Приказ Минздрава от 16.08.2007 № 507 и Министерства сельского хозяйства от 16.08.2007 № 507 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических и ветеринарно-санитарных правил и норм «Организация эпидемиолого-эпизоотологического надзора и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) и ветеринарно-профилактических (противоэпизоотологических) мероприятий по листериозу в Республике Казахстан»

### ТҮЙІН

И.Н. МҰСАБЕКОВА

#### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЛИСТЕРИОЗ АУРУЫНЫҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе

Әлемде және Қазақстан Республикасындағы листериоз ауруының заманауи аспектілері келтірілген. Эпидемиологиялық, эпизоотиялық жағдайды зерттеу кезінде Ақтөбе облысының аймағындағы кеміргіштердің 0,4% листериялармен залалданғаны анықталды, бұл кеміргіштердің жалпы санын есепке алғанда, осы инфекция табиғи ошағының көптігін көрсетеді. Кеміргіштердің жоғары деңгейде инфицирленуі үй жануарларының залалдануына алып келеді. Жоғары деңгейдегі залалдану ұсақ мүйізді малдарда анықталды.

Арудың клиникалық көріністерінің көптүрлілігіне, салыстырмалы диагностикасының және емінің қиындығына көңіл бөлінген, жүкті әйелдерлерде және жаңа туған нәрестелерде арудың ерекшеліктері көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** листериоз, жүкті әйелдер, жаңа туған нәрестелер.

### SUMMARY

I.N. MUSSABEKOVA

#### MODERN ASPECTS OF LISTERIOSIS IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe

The modern aspects of listeriosis in the world and in Republic of Kazakhstan are described in this article. While investigating epidemiologic and epizootic manifestations, it was established up to 0.4% of rodents on the territory of the Aktobe region infected with listeria that taking into account the total rodent population comprises a significant natural reservoir of this infection. The high level of rodents' affection results in domestic animals infection. The highest level of affection was revealed in small cattle.

Polymorphisms of clinical disease, the difficulty of differential diagnosis and treatment are underlined, features of the course of listeriosis in pregnant women and newborns.

**Key words:** listeriosis, pregnant women, newborns.