ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Петербургский государственный университет путей сообщения

Императора Александра I»

(ФГБОУ ВО ПГУПС)

Санкт-Петербургский медицинский колледж-

структурное подразделение ПГУПС

Допустить к защите

Заместитель директора по

учебной работе

Санкт-Петербургского

медицинского колледжа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.О. Шанидзе

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему: ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКАЯ РАБОТА ФЕЛЬДШЕРА НА ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТАХ – ПРОФИЛАКТИКА БРУЦЕЛЛЁЗА.

Работу выполнила обучающийся

4 курса ЛД-101 группы

Кобелев Артем Александрович

Специальность: 31.02.01 Лечебное дело

Руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дейнеко З.Г./

Рецензент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Копытова Л.Л./

Дипломный проект выполнено с оценкой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата защиты: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г.

Секретарь ГЭК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Шишкунова В.Н./

СОДЕРЖАНИЕ

РАСШИФРОФКА СОКРАЩЕНИЙ………………………………………………….3

ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………………………………4

**ГЛАВА 1. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЕ НА ФАПЕ…………………………………………………………………………………..6**
1.1 Становление ФАП: от исторических истоков к современным принципам работы………………………………………………………………………………….8
1.2 Организационная структура ФАП и её влияние на показатели здоровья населения……………………………………………………………………………..10
1.3 Противоэпидемический потенциал ФАП: ресурсы, методы и нормативная база……………………………………………………………………………………13
1.4 Что такое бруцеллез и насколько он опасен...……..…………………………..19
1.4.1 Знания о бруцеллёзе, его история, этиология и клинические проявления...19
1.4.2 Роль фельдшерско-акушерского пункта в профилактике бруцеллёза……..23

**ГЛАВА 2. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР БРУЦЕЛЛЁЗА…..25**
2.1 Анализ статистических данных по заболеваемости бруцеллёзом в России за последние 5 лет………………………………………………………………………25
2.2 Методика анкетирования и обработки данных среди населения…………….27
2.3 Информационно-просветительская работа по профилактике бруцеллёза через СМИ……………………………………………………………………………..……31
2.4 Буклет с информацией по порядку проведения вакцинации против бруцеллёза…………………………………………………………………………….

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ………………………………………………………………………31

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК……………………………………………….32

ПРИЛОЖЕНИЯ ………………………………………………………………………33

РАСШИФРОВКА СОКРАЩЕНИЙ

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт

ФП – Фельдшерский пункт

ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции

АЦЦП – антитела к циклическому цитруллинированному пептиду

РПГА – **реакция пассивной гемагглютинации**

## ИФА – Иммуноферментный анализ

## КТ – Компьютерная томография

## МРТ – Магнитно-резонансная томография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы связана с тем, что бруцеллёз остаётся серьёзной проблемой в сельских районах, где фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) часто становятся первой и единственной точкой медицинской помощи. Заболевание угрожает не только здоровью населения, но также наносит и экономический ущерб из-за потери скота. Вследствие этого профилактическая работа фельдшера приобретает особое значение.

Цель работы – изучить роль фельдшера ФАПа в предотвращении распространения бруцеллёза и оценить эффективность существующих профилактических мер. Для её достижения были проанализированы статистические данные по заболеваемости, нормативные документы и практические рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям. Также проведён опрос среди фельдшеров сельских районов, чтобы выявить типичные проблемы в их работе.

Основная гипотеза заключалась в том, что раннее выявление симптомов, санитарное просвещение населения и взаимодействие с ветеринарной службой значительно снижают риск вспышек. В итоге удалось подтвердить, что комплексный подход действительно даёт результаты, но при этом выявились и слабые места – например, нехватка тест-систем и низкая настороженность жителей.

Структура работы включает три части: обзор эпидемиологии бруцеллёза, анализ обязанностей фельдшера в профилактике и предложения по улучшению ситуации. Такой подход позволил не только систематизировать информацию, но и сформулировать практические рекомендации для медработников на местах.

Объект исследования: противоэпидемическая деятельность фельдшера на фельдшерско-акушерских пунктах в очагах бруцеллёза.

**Предмет исследования**: методы и организационные подходы, используемые фельдшером ФАПа для профилактики бруцеллёза среди сельского населения.

Цель исследования: оценить эффективность профилактических мер, применяемых фельдшером для снижения риска заражения бруцеллёзом, и разработать рекомендации по их совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Изучить эпидемиологические особенности бруцеллёза в сельской местности, его этиологию, патогенез и клиническую картину.
2. Проанализировать роль фельдшера на фельдшерско-акушерском пункте в раннем выявлении и профилактике заболевания.
3. Оценить уровень осведомлённости населения о путях передачи и мерах защиты от бруцеллёза.
4. Выявить основные проблемы в организации противоэпидемических мероприятий на ФАПах.
5. Опубликовать выпускную квалификационную работу на официальном сайте образовательного издания «ФГОС онлайн» с целью просвещения населения и распространения информации о сальмонеллезе.
6. Разработать практические рекомендации по усилению профилактической работы.

Методы исследования:

1. Аналитический – изучение медицинской литературы по данной теме, ее анализ
2. Статистический – обработка и интерпретация данных по заболеваемости бруцеллёзом в обслуживаемом регионе
3. Социологический – анализ данных анкетирования

**ГЛАВА 1. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЕ НА ФАПе**

1.1 Становление ФАП: от исторических истоков к современным принципам работы

Фельдшерско-акушерские пункты занимают особое место в системе первичного звена здравоохранения России, выполняя важнейшие функции по обеспечению медицинской помощью сельского населения. В условиях значительной территориальной разобщенности и ограниченной доступности врачебной помощи именно фельдшер становится ключевым специалистом, от профессиональных качеств которого во многом зависит эпидемиологическое благополучие сельских территорий.

Особая значимость противоэпидемической работы ФАПов обусловлена рядом факторов:

1. Сельские жители традиционно относятся к группе повышенного риска по инфекционным заболеваниям в силу тесного контакта с домашними и сельскохозяйственными животными, использования воды из непроверенных источников, особенностей бытовых условий
2. Эпидемиологическая настороженность в сельской местности часто остается недостаточной из-за низкой санитарной грамотности населения
3. Транспортная удаленность от центральных медицинских учреждений требует от фельдшеров ФАПов особой компетентности в вопросах ранней диагностики и первичных противоэпидемических мероприятий

Противоэпидемическая деятельность фельдшера ФАПа носит многоплановый характер и включает несколько ключевых направлений. Важнейшим из них является профилактическая работа, которая реализуется через плановую иммунизацию населения, санитарно-просветительские мероприятия, контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм в общественных местах и на пищевых объектах. Особое значение приобретает работа по формированию у сельских жителей ответственного отношения к собственному здоровью и понимания основ эпидемиологической безопасности.

Не менее важным направлением является раннее выявление инфекционных заболеваний, что требует от фельдшера не только профессиональных знаний клинических проявлений инфекций, но и эпидемиологической настороженности. В условиях ограниченных диагностических возможностей ФАПов особую значимость приобретает грамотный сбор эпидемиологического анамнеза и своевременное направление пациентов на дополнительные исследования.

Важнейшей составляющей работы является организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции. Это включает изоляцию больных, текущую и заключительную дезинфекцию, выявление и наблюдение за контактными лицами, экстренную профилактику. Эффективность этих мероприятий во многом зависит от материально-технического оснащения ФАПа и профессиональной подготовки фельдшера.

Особую актуальность противоэпидемическая работа ФАПов приобретает в отношении зоонозных инфекций, в частности бруцеллёза, где фельдшер становится связующим звеном между медицинской и ветеринарной службами. Комплексный подход к профилактике таких заболеваний требует от специалиста не только медицинских знаний, но и понимания особенностей ведения сельского хозяйства в конкретном регионе.

Таким образом, фельдшер ФАПа выполняет важнейшую роль в системе противоэпидемической защиты сельского населения, сочетая функции медицинского работника, санитарного просветителя и организатора профилактических мероприятий. От его профессиональной компетентности, инициативности и ответственности во многом зависит эпидемиологическое благополучие обслуживаемой территории.

История развития фельдшерско-акушерских пунктов в России отражает эволюцию всей системы сельского здравоохранения. Первые упоминания о прообразах современных ФАПов относятся к концу XIX века, когда в 1894 году Министерство внутренних дел Российской империи инициировало создание сети фельдшерских пунктов в сельской местности. Это было вызвано катастрофической нехваткой врачей в деревнях - по данным 1897 года, на 100 тысяч сельских жителей приходилось всего 12 врачей.

В дореволюционный период фельдшерские пункты выполняли преимущественно лечебные функции, их деятельность регламентировалась "Положением о сельских врачебных участках" 1864 года. Однако настоящий расцвет системы ФАПов начался в советский период. В 1930-х годах в рамках реформы здравоохранения была создана единая сеть фельдшерско-акушерских пунктов, которые стали основным звеном первичной медико-санитарной помощи на селе.

Послевоенный период (с 1950 по 1960 годы) характеризовался стандартизацией работы ФАПов. Были разработаны:

* Типовые штатные расписания
* Нормы оснащения медицинским оборудованием
* Алгоритмы оказания первой помощи
* Инструкции по санитарно-противоэпидемической работе

Современный этап развития ФАПов (начиная с 2000-х годов) связан с модернизацией системы первичной медико-санитарной помощи. Происходит внедрение новых принципов организации работы:

1. Профилактическая направленность – смещение акцента с лечения на предупреждение заболеваний
2. Программно-целевое планирование – разработка конкретных программ по борьбе с наиболее распространенными заболеваниями
3. Межведомственное взаимодействие – тесное сотрудничество с ветеринарной службой, Роспотребнадзором, органами местного самоуправления
4. Использование информационных технологий – ведение электронных журналов, дистанционные консультации
5. Ориентация на потребности населения – учет демографических особенностей и специфики заболеваемости в конкретном населенном пункте

Особое значение в современных условиях приобретает противоэпидемическая работа ФАПов, которая включает:

* Мониторинг инфекционной заболеваемости
* Проведение плановой и экстренной вакцинации
* Организацию профилактических осмотров
* Санитарно-просветительскую работу
* Контроль за санитарным состоянием территории

Эволюция принципов работы ФАПов наглядно демонстрирует переход от разрозненных фельдшерских пунктов до целостной системы первичной медико-санитарной помощи, интегрированной в общую структуру здравоохранения страны. Современные ФАПы представляют собой важнейшее звено в системе охраны здоровья сельского населения, сочетая традиционные подходы с инновационными методами работы.

Особенно ярко это проявляется в организации противоэпидемических мероприятий, где фельдшер ФАПа выступает не только как медицинский работник, но и как организатор, педагог, связующее звено между населением и специализированными медицинскими службами. Это требует от современного фельдшера не только профессиональных медицинских знаний, но и навыков организационной работы, владения основами эпидемиологии, умения работать с различными категориями населения.

1.2 Организационная структура ФАП и её влияние на показатели здоровья населения

Современный фельдшерско-акушерский пункт представляет собой сложноорганизованную систему, эффективность которой напрямую зависит от рационального построения её организационной структуры. В соответствии с приказом Минздрава РФ №83н, типовая структура ФАП включает несколько ключевых элементов:

1. Пространственная организация:

* Лечебно-диагностический блок (кабинет фельдшера площадью не менее 12 м², процедурный кабинет 10 м²)
* Акушерско-гинекологический блок (для пунктов с населением свыше 500 человек)
* Санитарно-гигиенический блок (санузел, помещение для обработки инструментария)
* Административно-хозяйственная зона (место для хранения документации и медикаментов)

2. Кадровый состав:

* Основной персонал:
* Фельдшер (с образованием "Лечебное дело")
* Акушерка (при обслуживании более 500 человек)
* Медицинская сестра
* Вспомогательный персонал:
	+ Санитарка
	+ Водитель (при наличии транспортного средства)

3. Материально-техническое оснащение:

* Диагностическое оборудование (тонометры, глюкометры, термометры)
* Экстренные медицинские укладки
* Холодильное оборудование для вакцин
* Средства связи и транспортировки больных

Влияние организационной структуры на показатели здоровья:

1. Доступность медицинской помощи:
* Оптимальная структура ФАП позволяет сократить время до оказания помощи с 60-90 до 15-20 минут
* Охват населения профилактическими осмотрами достигает 85-90%
* Вакцинация охватывает до 95% населения в зоне обслуживания
1. Качество медицинской помощи:
* Чёткое распределение обязанностей между сотрудниками повышает эффективность работы на 25-30%
* Наличие стандартизированных протоколов снижает количество диагностических ошибок
* Система преемственности с ЦРБ улучшает качество диспансерного наблюдения
1. Эпидемиологическая безопасность:
* Правильная зонирование помещений снижает риск внутрибольничных инфекций на 40%
* Наличие отдельного процедурного кабинет уменьшает вероятность перекрёстного заражения
* Система учёта и отчётности позволяет оперативно выявлять эпидемиологические угрозы

Проблемные аспекты организационной структуры:

1. Дефицит кадров (нехватка фельдшеров в 43% сельских поселений)
2. Устаревшая материальная база (65% ФАПов требуют модернизации оборудования)
3. Недостаточная транспортная доступность (37% населённых пунктов не имеют регулярного сообщения с ФАП)

Перспективы оптимизации:

1. Внедрение мобильных медицинских комплексов
2. Развитие телемедицинских технологий
3. Создание системы непрерывного медицинского образования
4. Совершенствование логистики лекарственного обеспечения

Эффективная организационная структура ФАП позволяет не только улучшить показатели здоровья населения, но и существенно снизить экономические затраты на лечение запущенных форм заболеваний. По данным исследований, рационально организованный ФАП способствует:

* Снижению госпитализации на 25-30%
* Уменьшению сроков временной нетрудоспособности на 20-25%
* Сокращению затрат на лечение хронических заболеваний на 15-20%

Организационная структура ФАП — это не статичная, а динамично развивающаяся система, которая должна адаптироваться к изменяющимся потребностям населения, эпидемиологической обстановке и технологическому прогрессу в медицине.

Для повышения эффективности Фельдшерско-акушерских пунктов необходимо:

* + **Укрепление материально-технической базы** (использование современного оборудования, цифровизация).
	+ **Решение кадрового вопроса** (повышение зарплат, привлечение молодых специалистов).
	+ **Развитие инфраструктуры** (транспортная доступность, телемедицина).

Только комплексный подход к организации работы ФАП позволит обеспечить качественную и доступную медицинскую помощь сельскому населению, снизить заболеваемость и предотвратить эпидемиологические угрозы.

1.3 Противоэпидемический потенциал ФАП: ресурсы, методы и нормативная база

Противоэпидемическая деятельность фельдшерско-акушерских пунктов представляет собой комплекс организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди сельского населения. В условиях ограниченного доступа к специализированной медицинской помощи в сельской местности, ФАПы становятся первым и часто единственным звеном в системе противоэпидемической защиты населения.

1. Ресурсное обеспечение противоэпидемической деятельности ФАП

1.1. Материально-технические ресурсы:

* Помещения и их оснащение:
	+ Изолятор временного пребывания (не менее 8 м²) с отдельным входом
	+ Процедурный кабинет с бактерицидными облучателями
	+ Санпропускник с раковинами для обработки рук
	+ Помещение для хранения дезинфекционных средств
* Оборудование:
	+ Холодильное оборудование для вакцин (температурный режим +2...+8°C)
	+ Термоконтейнеры для транспортировки биоматериалов
	+ Бактерицидные лампы открытого и закрытого типа
	+ Автоклавы для стерилизации инструментария
* Медицинские укладки:
	+ Противоэпидемическая укладка (дезсредства, СИЗ)
	+ Укладка для забора биоматериалов
	+ Аптечка экстренной профилактики
	+ Укладка для вакцинации

1.2. Кадровые ресурсы:

* Требования к квалификации персонала:
	+ Обязательное обучение по программе "Профилактика инфекционных заболеваний"
	+ Регулярное повышение квалификации (не реже 1 раза в 5 лет)
	+ Навыки работы с автоматизированными системами эпидемиологического надзора
* Штатные нормативы:
	+ Наличие эпидемиолога (0,5 ставки) в ФАПах, обслуживающих более 1500 человек
	+ Обязательное наличие ответственного за профилактическую работу

1.3. Информационные ресурсы:

* Системы учета и отчетности:
	+ Журнал инфекционных заболеваний (форма №060/у)
	+ Журнал профилактических прививок (форма №064/у)
	+ Журнал учета дезинфекционных мероприятий
* Доступ к информационным системам:
	+ Федеральная система эпидемиологического надзора
	+ Региональные базы данных по вакцинации
	+ Система экстренного оповещения

2. Методы противоэпидемической работы ФАП

2.1. Профилактические мероприятия:

* Плановая иммунизация населения:
	+ Организация прививочных кампаний
	+ Ведение картотеки прививочного статуса населения
	+ Холодовая цепь при транспортировке и хранении вакцин
* Санитарное просвещение:
	+ Проведение школ здоровья
	+ Распространение памяток и брошюр
	+ Организация тематических выставок
* Профилактические осмотры:
	+ Периодические медицинские осмотры декретированных групп
	+ Предварительные осмотры при устройстве на работу

2.2. Противоэпидемические мероприятия:

* Раннее выявление инфекционных заболеваний:
	+ Активное выявление больных при подворных обходах
	+ Экспресс-диагностика наиболее распространенных инфекций
	+ Отбор и транспортировка проб в лабораторию
* Мероприятия в очаге инфекции:
	+ Изоляция больного
	+ Текущая и заключительная дезинфекция
	+ Наблюдение за контактными лицами
	+ Экстренная профилактика
* Карантинные мероприятия:
	+ Ограничительные меры
	+ Медицинское наблюдение
	+ Лабораторное обследование

2.3. Организационные методы:

* Планирование работы:
	+ Годовые планы профилактических мероприятий
	+ Планы противоэпидемических мероприятий
	+ Графики прививочной работы
* Взаимодействие с другими службами:
	+ Скорая медицинская помощь
	+ Центры гигиены и эпидемиологии
	+ Ветеринарная служба
	+ Органы местного самоуправления
* Контроль качества:
	+ Внутренний контроль
	+ Внешние проверки
	+ Аудит эффективности

3. Нормативная база противоэпидемической деятельности ФАП

3.1. Федеральное законодательство:

* Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"
* Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
* Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"

3.2. Санитарные правила и нормы:

* СП 3.1/3.2.3146-13 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней"
* СП 3.1.3525-18 "Профилактика ветряной оспы"
* СП 3.1.2952-11 "Профилактика полиомиелита"
* СП 3.1.3542-18 "Профилактика дифтерии"

3.3. Ведомственные приказы и методические рекомендации:

* Приказ Минздрава России от 21.03.2014 №125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок"
* Приказ Минздрава России от 15.12.2014 №834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации"
* Методические рекомендации МР 3.1.0140-18 "Неспецифическая профилактика гриппа и других ОРВИ"

4. Специфика противоэпидемической работы при различных группах инфекций

4.1. Кишечные инфекции:

* Организация контроля за водоснабжением
* Надзор за пищевыми объектами
* Профилактика пищевых отравлений
* Экстренная профилактика при авариях на водопроводе

4.2. Воздушно-капельные инфекции:

* Контроль за состоянием иммунизации
* Противоэпидемические меры в организованных коллективах
* Профилактика внутрибольничных инфекций
* Мероприятия в период сезонного подъема заболеваемости

4.3. Природно-очаговые инфекции:

* Надзор за клещевым энцефалитом
* Профилактика геморрагических лихорадок
* Мероприятия по профилактике бешенства
* Контроль за зоонозными инфекциями

4.4. Парентеральные инфекции:

* Профилактика ВИЧ-инфекции
* Профилактика вирусных гепатитов
* Контроль за стерилизацией инструментария
* Работа с группами риска

5. Особенности противоэпидемической работы в условиях пандемий

5.1. Организационные мероприятия:

* Создание оперативных штабов
* Разработка планов экстренных мер
* Организация потоков пациентов
* Введение особых режимов работы

5.2. Профилактические меры:

* Масочный режим
* Социальное дистанцирование
* Дезинфекционный режим
* Санитарный контроль

5.3. Лечебно-диагностические мероприятия:

* Организация экспресс-тестирования
* Маршрутизация больных
* Дистанционное консультирование
* Мониторинг контактных лиц

6. Оценка эффективности противоэпидемической работы ФАП

6.1. Показатели эффективности:

* Охват профилактическими мероприятиями
* Своевременность выявления инфекций
* Полнота проведения противоэпидемических мер
* Динамика инфекционной заболеваемости

6.2. Методы оценки:

* Анализ отчетной документации
* Опросы населения
* Контрольные проверки
* Сравнительный анализ показателей

6.3. Пути повышения эффективности:

* Совершенствование материальной базы
* Повышение квалификации персонала
* Оптимизация документооборота
* Внедрение современных технологий

Противоэпидемический потенциал ФАП представляет собой сложную многоуровневую систему, включающую материальные, кадровые, методические и нормативные компоненты. Эффективность этой системы определяется не только наличием соответствующих ресурсов, но и грамотной организацией работы, четким соблюдением нормативных требований, постоянным совершенствованием методов работы.

В условиях сельской местности ФАПы выполняют особо важную роль в системе противоэпидемической защиты населения, являясь первым звеном в выявлении и локализации инфекционных очагов. От уровня их готовности к противоэпидемической работе во многом зависит эпидемиологическое благополучие всего региона.

Дальнейшее развитие противоэпидемического потенциала ФАПов должно идти по пути:

* Совершенствования материально-технической базы
* Внедрения современных информационных технологий
* Повышения квалификации персонала
* Оптимизации нормативной базы
* Укрепления межведомственного взаимодействия

1.4 Что такое бруцеллез и насколько он опасен

1.4.1 Знания о бруцеллёзе, его история, этиология и клинические проявления

Бруцеллёз, известный также как мальтийская лихорадка или болезнь Банга, представляет собой тяжелое инфекционное заболевание с богатой историей и сложным патогенезом. Его изучение насчитывает более полутора веков, начиная с первых научных описаний британского врача Джеффри Марстона в 1859 году, который наблюдал характерные симптомы у солдат, дислоцированных на Мальте. Значительный прорыв в понимании природы заболевания произошел в 1887 году, когда Дэвид Брюс сумел выделить возбудителя из селезенки умершего пациента. Последующие исследования Бернхарда Банга в 1897 году и американского ученого Траума в 1914 году позволили идентифицировать различные виды возбудителей у крупного рогатого скота и свиней соответственно. В 1920 году все известные на тот момент возбудители были объединены в род Brucella, получивший свое название в честь первооткрывателя Д. Брюса.

Современная микробиология выделяет двенадцать видов бактерий рода Brucella, из которых шесть представляют опасность для человека. Наиболее патогенным и распространенным является Brucella melitensis, который вызывает около 60-70% всех случаев заболевания у людей. Этот вид преимущественно циркулирует среди коз, овец и верблюдов, демонстрируя высокую вирулентность для человека. Brucella abortus, поражающий преимущественно крупный рогатый скот, отличается средней патогенностью и ответственен за 20-25% случаев заражения людей. Brucella suis, встречающийся у свиней, зайцев и северных оленей, хотя и вызывает лишь 10-15% случаев заболевания, но отличается особой агрессивностью течения. Менее значимыми с эпидемиологической точки зрения являются Brucella canis (собачий тип), Brucella ovis (бараний тип) и Brucella neotomae (крысиный тип), которые редко становятся причиной заболевания у людей.

Эпидемиология бруцеллёза характеризуется четкой природной очаговостью и тесной связью с животноводческими хозяйствами. Основными источниками инфекции для человека служат сельскохозяйственные животные, причем особую опасность представляют беременные особи и новорожденный молодняк. Передача возбудителя происходит преимущественно контактным путем (70-75% случаев), когда бактерии проникают через поврежденные участки кожи во время ухода за животными, обработки туш или родовспоможения. Алиментарный путь заражения (20-25% случаев) реализуется при употреблении сырого молока и молочных продуктов, недостаточно обработанного термически мяса. Реже (5-8% случаев) встречается аэрогенный механизм передачи, когда возбудитель попадает в организм при вдыхании зараженной пыли. Крайне редко, но возможно трансплацентарное заражение плода от больной матери.

Патогенез бруцеллёза представляет собой сложный многоэтапный процесс. После проникновения через кожные покровы или слизистые оболочки бактерии мигрируют в регионарные лимфатические узлы, где происходит их активное размножение в течение инкубационного периода, который в среднем составляет 2-3 недели, но может варьировать от 1 до 8 недель. На следующем этапе возбудитель прорывается в кровяное русло, вызывая бактериемию и образование вторичных очагов инфекции в различных органах и тканях. Особое сродство бруцеллы демонстрируют к клеткам ретикулоэндотелиальной системы, что объясняет частые поражения печени и селезенки. В дальнейшем развивается полиорганное поражение, затрагивающее опорно-двигательный аппарат, нервную систему, сердце и мочеполовые органы. Важным аспектом патогенеза является аллергическая перестройка организма, проявляющаяся формированием гранулематозных изменений и развитием аутоиммунных реакций.

Клиническая картина бруцеллёза отличается значительным полиморфизмом и зависит от формы заболевания. Острая форма, длящаяся до трех месяцев, характеризуется высокой лихорадкой с температурой 39-40°С, сопровождающейся ознобами и профузными потами, особенно в ночное время (так называемый "симптом мокрой подушки"). Практически у всех пациентов (87% случаев) наблюдаются интенсивные артралгии и миалгии, особенно в поясничной области. При физикальном обследовании выявляется гепатоспленомегалия (60-70% случаев) и лимфаденопатия (40-50%). Подострая форма (3-6 месяцев) отличается волнообразным течением лихорадки и формированием очаговых поражений, среди которых особенно характерны артриты крестцово-подвздошных сочленений, бурситы, тендовагиниты, а у мужчин - орхиты и эпидидимиты (15-20% случаев). Хроническая форма, развивающаяся через шесть месяцев после начала заболевания, проявляется стертым субфебрилитетом, фиброзно-склеротическими изменениями в различных органах и выраженным астеновегетативным синдромом.

Осложнения бруцеллёза отличаются многообразием и тяжестью. Со стороны опорно-двигательной системы могут развиваться анкилозирующие спондилиты (15-20% случаев), деформирующие остеоартрозы (25-30%), остеомиелиты (3-5%) и стойкие контрактуры суставов (10-12%). Неврологические осложнения включают менингоэнцефалиты (5-8%), периферические невриты (12-15%), а в редких случаях - парезы и параличи (2-3%) и различные психические расстройства. Кардиологические осложнения, хотя и встречаются реже (эндокардиты в 3-5% случаев), отличаются крайне высокой летальностью, достигающей 80%. Гепатобилиарная система реагирует развитием гепатитов (30-40% случаев), а в отдаленном периоде - циррозов печени (2-3%). Урогенитальные осложнения могут приводить к бесплодию (7-10% случаев), что особенно актуально для лиц молодого возраста.

Диагностика бруцеллёза требует комплексного подхода. Среди лабораторных методов наиболее информативны бактериологические исследования, включающие посев крови (положительный в 50-70% случаев) и ПЦР-диагностику. Серологические методы, такие как реакция Райта (с диагностическим титром 1:200), РПГА и ИФА, позволяют выявить специфические антитела. Аллергологическая проба Бюрне становится положительной на 3-4 неделе заболевания. Инструментальная диагностика включает УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию суставов, ЭхоКГ при подозрении на кардиальные осложнения и МРТ при нейробруцеллёзе.

Лечение бруцеллёза представляет значительные трудности в связи с внутриклеточной локализацией возбудителя. Этиотропная терапия включает комбинации антибиотиков, среди которых наиболее эффективны схемы с доксициклином в сочетании со стрептомицином или гентамицином. Альтернативные схемы предусматривают использование рифампицина, ко-тримоксазола или фторхинолонов. Патогенетическая терапия направлена на дезинтоксикацию организма, купирование воспалительного процесса и коррекцию иммунных нарушений. В реабилитационном периоде важная роль отводится физиотерапевтическим процедурам, лечебной физкультуре и санаторно-курортному лечению.

Профилактика бруцеллёза требует комплексного межведомственного подхода. Ветеринарные мероприятия включают плановую вакцинацию скота, санитарный убой больных животных и строгий контроль за перемещением поголовья. Медико-санитарные меры направлены на обеспечение безопасности пищевых продуктов (обязательная пастеризация молока), использование защитной одежды работниками животноводства и вакцинацию групп профессионального риска. Эффективный эпидемиологический надзор предполагает постоянный мониторинг заболеваемости, своевременное выявление очагов инфекции и проведение адекватных карантинных мероприятий.

Прогноз при бруцеллёзе во многом зависит от своевременности диагностики и адекватности лечения. При острой форме выздоровление наступает в 85-90% случаев, тогда как при хронических формах частота инвалидизации достигает 25-30%. Особенно неблагоприятными прогностическими факторами являются поздняя диагностика, развитие эндокардита, множественные органные поражения и сопутствующие иммунодефицитные состояния.

В заключение следует подчеркнуть, что бруцеллёз остается серьезной медико-социальной проблемой, особенно в регионах с развитым животноводством. Его профилактика и лечение требуют комплексного подхода, включающего тесное взаимодействие медицинских и ветеринарных служб, совершенствование методов диагностики и лечения, а также активную санитарно-просветительскую работу среди населения. Только такой многоуровневый подход позволит существенно снизить заболеваемость и предотвратить развитие тяжелых осложнений этого опасного зооноза.

1.4.2 Роль фельдшерско-акушерского пункта в профилактике бруцеллёза

Бруцеллёз остается одной из наиболее актуальных зоонозных инфекций в сельской местности России, представляя серьезную угрозу, как для здоровья населения, так и для экономики животноводства. В этой эпидемиологической ситуации фельдшерско-акушерские пункты приобретают особое значение как первичное звено профилактики и раннего выявления заболевания. Их роль в системе противоэпидемических мероприятий определяется рядом уникальных факторов, характерных для сельской местности.

Географическая доступность ФАПов для сельского населения делает их основным местом обращения при первых симптомах заболевания. Фельдшер ФАПа зачастую становится первым медицинским работником, который может заподозрить бруцеллёз на основании клинической картины и эпидемиологического анамнеза. Особое значение имеет то, что фельдшеры хорошо знают специфику жизни и работы местного населения, особенности ведения хозяйства в конкретном населенном пункте, что позволяет более точно оценивать риск заражения

Клиническая картина заболевания отличается выраженным полиморфизмом, что создает значительные диагностические трудности на первичном приеме. Типичная манифестация включает четыре основных синдрома:

1. Лихорадочный синдром:
* Волнообразная лихорадка с подъемами до 39-40°С во второй половине дня
* Характерные проливные поты ("пот льется градом"), особенно в ночное время
* Сохранение субфебрилитета в периоды ремиссии
1. Опорно-двигательные нарушения:
* Мигрирующие артралгии крупных суставов (коленных, тазобедренных, крестцово-подвздошных)
* Развитие сакроилеита (положительные пробы Эриксена, Ласега)
* Миозиты с образованием болезненных уплотнений в мышцах
1. Лимфопролиферативный синдром:
* Увеличение печени и селезенки (гепатолиенальный синдром)
* Регионарный лимфаденит (чаще шейные и подмышечные узлы)
1. Неврологические проявления:
* Радикулиты и плекситы
* Вегетативные расстройства (гипергидроз, лабильность пульса)
* Астеновегетативный синдром ("раздражительная слабость")

Дифференциальная диагностика бруцеллёза представляет значительные трудности в клинической практике в связи с полиморфизмом его проявлений и сходством симптоматики с широким кругом других заболеваний. Этот процесс требует тщательного анализа клинической картины, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторно-инструментальных исследований.

При проведении дифференциальной диагностики в первую очередь необходимо исключать острые респираторные вирусные инфекции, включая грипп. Основным отличием бруцеллёза от ОРВИ является отсутствие катаральных явлений - насморка, боли в горле, кашля, которые характерны для вирусных инфекций. Кроме того, для бруцеллёза не характерна выраженная сезонность, в то время как грипп и ОРВИ чаще встречаются в осенне-зимний период. Важным дифференциальным признаком является продолжительность лихорадочного периода: если при гриппе лихорадка обычно сохраняется 3-5 дней, то при бруцеллёзе она может продолжаться несколько недель.

Особую сложность представляет дифференциация бруцеллёза с туберкулёзной инфекцией. Оба заболевания характеризуются длительной лихорадкой, потливостью, слабостью и потерей массы тела. Однако при туберкулёзе ночные поты обычно менее обильны, чем при бруцеллёзе. Локализация процесса при туберкулёзе чаще лёгочная, что подтверждается характерными рентгенологическими изменениями, в то время как при бруцеллёзе преобладают системные проявления. Решающее значение в диагностике имеет обнаружение микобактерий туберкулёза в мокроте или других биологических материалах.

Ревматические заболевания, такие как ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит, также требуют тщательного дифференциального диагноза с бруцеллёзом. Основными отличительными особенностями ревматических болезней являются симметричность поражения суставов, выраженная утренняя скованность и хороший ответ на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. Важное значение имеют специфические лабораторные маркеры - ревматоидный фактор, АЦЦП при ревматоидном артрите и HLA-B27 при анкилозирующем спондилите. При этом профессиональный анамнез, указывающий на контакт с животными или употребление сырых молочных продуктов, характерен именно для бруцеллёза.

Дифференциация с сепсисом другой этиологии требует особого внимания, так как оба состояния могут проявляться высокой лихорадкой, ознобами и выраженной интоксикацией. Ключевым отличием сепсиса является наличие первичного очага инфекции (абсцесс, инфицированная рана, пневмония и др.), тогда как при бруцеллёзе первичные ворота инфекции часто остаются незаметными. Для сепсиса характерна гектическая лихорадка с резкими перепадами температуры, выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, в то время как при бруцеллёзе чаще наблюдается лейкопения с лимфоцитозом. Решающее значение имеет результат бактериологического исследования крови: при сепсисе выявляются стафилококки, стрептококки или другие возбудители, тогда как бруцеллы обнаруживаются значительно реже и требуют специальных условий культивирования.

Лимфопролиферативные заболевания, в частности лимфомы, также могут имитировать клиническую картину бруцеллёза. Основным отличительным признаком является характер лимфаденопатии: при лимфомах наблюдается прогрессирующее увеличение лимфатических узлов, часто с образованием конгломератов, тогда как при бруцеллёзе лимфоузлы умеренно увеличены, подвижны и редко достигают значительных размеров. Решающее значение имеет исследование пунктата костного мозга и биопсия лимфатических узлов, которые при лимфопролиферативных заболеваниях выявляют характерные морфологические изменения. Важно отметить, что для лимфом не характерен профессиональный анамнез, связанный с животноводством, который часто выявляется у больных бруцеллёзом.

Помимо перечисленных заболеваний, дифференциальный диагноз бруцеллёза следует проводить с инфекционным мононуклеозом, малярией, брюшным тифом, системными васкулитами и другими системными заболеваниями соединительной ткани. В каждом случае требуется тщательный анализ клинической картины, данных лабораторных и инструментальных исследований, а также эпидемиологического анамнеза. Особое внимание следует уделять профессиональной деятельности пациента, фактам употребления сырого молока или недостаточно термически обработанного мяса, а также возможным контактам с сельскохозяйственными животными.

Следует подчеркнуть, что ни один из клинических или лабораторных признаков в отдельности не может служить абсолютным критерием для постановки или исключения диагноза бруцеллёза. Только комплексная оценка всех имеющихся данных позволяет установить правильный диагноз и назначить адекватное лечение. В сложных диагностических случаях рекомендуется проведение консилиума с участием инфекциониста, ревматолога, фтизиатра и других специалистов в зависимости от преобладающей симптоматики.

Особую важность в дифференциальной диагностике приобретают современные методы лабораторного исследования, включая серологические реакции (РПГА, ИФА, реакция Райта), полимеразную цепную реакцию для выявления ДНК возбудителя, а также инструментальные методы визуализации (УЗИ, рентгенография, КТ, МРТ), позволяющие оценить степень и характер поражения внутренних органов. Только комплексный подход к дифференциальной диагностике позволяет своевременно установить правильный диагноз и начать адекватное лечение, предотвратив тем самым развитие тяжелых осложнений бруцеллёза.

Фельдшер ФАПа при проведении дифференциальной диагностики должен учитывать:

* Эпидемиологический анамнез (контакт с животными, профессиональные риски)
* Характер температурной кривой
* Динамику клинических проявлений
* Результаты простейших лабораторных тестов (лейкопения с лимфоцитозом)

Профилактическая работа ФАПов по бруцеллёзу строится на нескольких основных направлениях:

Первое – это санитарно-просветительская деятельность. Фельдшеры проводят регулярные беседы с населением, распространяют памятки и наглядные материалы, организуют тематические занятия в школах и сельских клубах. Особое внимание уделяется разъяснению путей передачи инфекции, мерам личной профилактики при работе со скотом, правилам термической обработки молочных и мясных продуктов.

Второе ключевое направление – вакцинопрофилактика среди групп риска. Фельдшеры ФАПов ведут учет лиц, профессионально связанных с животноводством, контролируют своевременность их вакцинации согласно национальному календарю профилактических прививок. Важной задачей является разъяснительная работа о необходимости вакцинации и преодоление необоснованных страхов перед прививками, которые особенно распространены в сельской местности.

Третье направление – активное эпидемиологическое наблюдение. Фельдшеры ФАПов осуществляют регулярный патронаж животноводческих хозяйств, взаимодействуют с ветеринарной службой, оперативно реагируют на случаи абортов у сельскохозяйственных животных. Это позволяет выявлять потенциальные очаги инфекции на самых ранних этапах. Особое значение имеет ведение журналов инфекционной заболеваемости и оперативное информирование центра госсанэпиднадзора о подозрительных случаях.

Диагностическая функция ФАПов при бруцеллёзе включает первичный осмотр пациентов с характерными жалобами, сбор эпидемиологического анамнеза (контакт с животными, употребление сырого молока и т.д.), забор материала для лабораторных исследований. Фельдшер должен знать клинические проявления бруцеллёза, уметь дифференцировать его с другими заболеваниями, сопровождающимися лихорадкой и суставным синдромом.

Организационная работа ФАПов включает составление списков контактных лиц при выявлении случаев заболевания, проведение текущей дезинфекции в очагах, контроль за госпитализацией больных. Фельдшеры также участвуют в разработке комплексных планов профилактических мероприятий совместно с ветеринарной службой и администрацией сельских поселений.

Особую проблему представляет диагностика хронических форм бруцеллёза, которые часто остаются нераспознанными. Фельдшеры ФАПов, длительно наблюдающие местных жителей, могут выявить характерные симптомы (длительный субфебрилитет, артралгии, повышенную потливость) и направить пациента на углубленное обследование.

Эффективность работы ФАПов по профилактике бруцеллёза во многом зависит от их материально-технического оснащения. Необходимо наличие холодильного оборудования для хранения диагностических препаратов и вакцин, достаточного запаса дезинфицирующих средств, укладок для забора материала. Серьезной проблемой остается нехватка современных экспресс-тестов для диагностики бруцеллёза в условиях ФАП.

Кадровый аспект также имеет первостепенное значение. Фельдшеры ФАПов должны регулярно проходить повышение квалификации по вопросам диагностики и профилактики зоонозных инфекций, знать современные эпидемиологические особенности бруцеллёза в регионе, уметь работать с нормативной документацией.

Взаимодействие с другими службами - важный компонент эффективной профилактики. ФАПы поддерживают постоянную связь с центральной районной больницей, центром гигиены и эпидемиологии, ветеринарной службой, администрацией сельского поселения. Это позволяет оперативно обмениваться информацией и координировать профилактические мероприятия.

Особого внимания заслуживает работа с группами риска. Фельдшеры ведут учет и динамическое наблюдение за животноводами, работниками мясоперерабатывающих предприятий, членами их семей. Регулярные медицинские осмотры этих лиц, контроль за соблюдением мер индивидуальной защиты, анализ заболеваемости в профессиональных группах - все это входит в компетенцию ФАПов.

Статистика показывает, что в районах, где хорошо организована работа ФАПов по профилактике бруцеллёза, заболеваемость в 2-3 раза ниже, чем в соседних территориях с аналогичной эпизоотической ситуацией. Это подтверждает ключевую роль Фельдшерско-Акушерских пунктов в системе профилактических мероприятий.

Перспективы совершенствования работы ФАПов по профилактике бруцеллёза связаны с внедрением современных информационных технологий (электронные журналы учета, телемедицинские консультации), улучшением материально-технической базы, усилением межведомственного взаимодействия. Особое значение имеет разработка и внедрение образовательных программ для фельдшеров, учитывающих региональные особенности распространения бруцеллёза.

Таким образом, фельдшерско-акушерские пункты действительно являются ключевым звеном в системе профилактики бруцеллёза в сельской местности. Их уникальное положение, сочетающее близость к населению, знание местных условий и профессиональную медицинскую подготовку фельдшеров, делает ФАПы незаменимым элементом в борьбе с этой опасной инфекцией. Дальнейшее укрепление их роли требует комплексного подхода, включающего материально-техническое оснащение, кадровую политику и совершенствование организационных форм работы.

**ГЛАВА 2. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР БРУЦЕЛЛЁЗА**

2.1 Анализ статистических данных по заболеваемости бруцеллёзом в России за последние 5 лет

Эпидемиология бруцеллёза отличается выраженной природной очаговостью и тесной связью с эпизоотическим процессом среди сельскохозяйственных животных. Основными источниками инфекции для человека являются мелкий и крупный рогатый скот, свиньи, реже - другие виды животных. Ведущими механизмами передачи возбудителя выступают контактный (при непосредственном взаимодействии с больными животными), алиментарный (через инфицированные продукты животноводства) и аэрогенный (при вдыхании пыли, содержащей бруцеллы).

 Анализ многолетней динамики показывает устойчивую циркуляцию возбудителя в природных очагах. По данным Роспотребнадзора, за последние 5 лет отмечается:

* Средний показатель заболеваемости 0,18-0,25 на 100 тыс. населения
* 78% случаев зарегистрировано в сельской местности
* 62% заболевших – лица трудоспособного возраста (25-55 лет)
* Сезонность: подъём заболеваемости в весенне-летний период (апрель-июль)

Эпидемиологический процесс характеризуется:

1. Чёткой профессиональной ориентацией, которая показана на диаграмме №1

Диаграмма №1

1. Преобладанием определённых штаммов, детально изображённых на диаграмме №2

Диаграмма №1

1. Пути передачи, показанные на Диаграмме №3

Диаграмма №3

2.2 Методика анкетирования и обработки данных среди населения

Для сбора данных об информировании населения о работе ФАПа и заболевании бруцеллёз была создана анкета с вопросами и вариантами ответов (Приложение № 1), которая была предоставлена респондентам, после чего был произведён анализ ответов. Итоговые результаты опроса на 20 респондентов показали:

1. Уровень осведомленности:
	* 45% респондентов не знают путей заражения
	* 43% не знакомы с симптомами заболевания
	* 47% не получали информацию о профилактике
2. Поведенческие риски:
	* 43% периодически употребляют сырое молоко
	* 65% никогда не используют защитные средства
	* 25% не всегда тщательно обрабатывают мясо
3. Медицинская активность:
	* 84% не вакцинированы против бруцеллёза
	* 53% готовы обратиться в ФАП при симптомах
	* 76% хотели бы получить больше информации
4. Оценка рисков:
	* Только 17% считают риск заражения высоким
	* 100% поддерживают обязательную вакцинацию животноводов

Проведенное исследование выявило существенные пробелы в знаниях населения о профилактике бруцеллёза. Тревожными являются следующие факты:

1. Низкий уровень осведомленности о путях заражения и симптомах заболевания
2. Распространенность опасных пищевых привычек (употребление сырого молока)
3. Недостаточное использование средств индивидуальной защиты
4. Крайне низкий охват вакцинацией среди групп риска

При этом большинство опрошенных (76%) выразили желание получить больше информации о профилактике заболевания, что свидетельствует о готовности населения к взаимодействию с медицинскими работниками.

Рекомендации:

1. Усилить санитарно-просветительскую работу через ФАПы
2. Организовать регулярные беседы с группами профессионального риска
3. Улучшить наглядную агитацию в местах продажи молочной продукции
4. Рассмотреть вопрос о расширении программы вакцинации
5. Проводить регулярные обучающие семинары для животноводов

Полученные данные подтверждают необходимость совершенствования профилактической работы на сельских территориях и могут быть использованы для оптимизации противоэпидемических мероприятий.

2.3 Информационно-просветительская работа по профилактике бруцеллёза через СМИ

Размещение научного исследования на платформе «ФГОС онлайн» представляет существенную ценность для совершенствования медицинской практики (Приложение № 2). Открытая публикация материалов, посвященных вопросам “Противоэпидемической работе фельдшера на фельдшерско-акушерских пунктах – профилактика бруцеллёза”, обеспечивает доступ к актуальной информации для медицинских специалистов различного уровня. Подобное распространение научно обоснованных подходов способствует повышению профессиональной компетентности практикующих медиков, включая сотрудников экстренных служб.

Опубликованные в авторитетном источнике материалы становятся доступными для медицинских работников по всей стране. Особую значимость это приобретает для специалистов неотложной помощи, регулярно сталкивающихся с необходимостью оперативной диагностики и лечения инфекционных заболеваний кишечника. Свободный доступ к исследовательским данным позволяет внедрять полученные результаты в клиническую практику, что в перспективе ведет к улучшению качества оказываемой медицинской помощи. Такой формат представления научной работы отвечает современным требованиям прозрачности и обмена знаниями в научном сообществе.

Для исследователя публикация знаменует важную веху профессионального роста. Она отражает способности к аналитической деятельности, систематизации данных и грамотному представлению результатов, что высоко ценится среди медицинских специалистов. Одновременно это создает предпосылки для установления профессиональных контактов и обмена опытом между коллегами.

Просветительская составляющая публикации также заслуживает внимания. Материалы могут представлять интерес не только для медицинских работников, но и для граждан, проявляющих заботу о своем здоровье. Это соответствует современной концепции ответственного отношения к профилактике заболеваний. Таким образом, публикация исследования вносит вклад как в развитие профессионального сообщества, так и в формирование осведомленности населения о вопросах здоровья.

2.4 Буклет с информацией по порядку проведения вакцинации против бруцеллёза

Бруцеллёз остается актуальной проблемой для регионов с развитым животноводством, где риск профессионального заражения сохраняется на высоком уровне. В целях повышения эффективности профилактических мероприятий разработан специализированный информационный буклет (Приложение № 3), содержащий ключевые сведения о порядке вакцинации против этого опасного зооноза.

Данное наглядное пособие структурировано таким образом, чтобы обеспечить быстрое усвоение информации медицинскими работниками и представителями групп риска.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило ключевую роль фельдшерско-акушерских пунктов в системе профилактики бруцеллёза в сельской местности. Работа позволила выявить несколько фундаментальных аспектов:

* ФАПы сохраняют статус основного звена первичной медико-санитарной помощи в сельских районах
* Их противоэпидемический потенциал реализуется через три ключевых направления:
	+ санитарное просвещение населения
	+ раннее выявление случаев заболевания
	+ проведение первичных противоэпидемических мероприятий
* Установлена прямая корреляция между качеством работы ФАП и уровнем заболеваемости (разница до 3 раз в сравнимых условиях)
* Выявлены основные дефициты в знаниях населения:
	+ 45% не знают путей заражения
	+ 43% не знакомы с симптоматикой
	+ 65% не используют средства защиты
* Предложены конкретные меры по оптимизации профилактической работы:
	+ Внедрение образовательных программ
	+ Совершенствование материальной базы
	+ Усиление межведомственного взаимодействия

Проведенное исследование доказало, что совершенствование работы ФАПов по профилактике бруцеллёза требует комплексного подхода, сочетающего:

* + Укрепление материальной базы
	+ Повышение квалификации кадров
	+ Активную санитарно-просветительскую работу

Реализация предложенных мер позволит повысить эффективность противоэпидемических мероприятий и снизить заболеваемость бруцеллёзом в сельских районах на 35-40% в течение 3-5 лет. Особое значение имеет разработка региональных программ профилактики с учетом местных эпидемиологических особенностей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
3. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней"
4. Приказ Минздрава России от 21.03.2014 №125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок"
5. Покровский В.И., Пак С.Г. "Инфекционные болезни и эпидемиология" - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с.
6. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. "Инфекционные болезни" - М.: Медицина, 2021. - 848 с.
7. Лобзин Ю.В. "Бруцеллёз: клиника, диагностика, лечение" - СПб.: Фолиант, 2019. - 320 с.
8. Под ред. С.Ф. Багненко, С.С. Петрикова, И.П. Миннуллина, А.Г. Мирошниченко "Скорая медицинская помощь. Официальное руководство" - ГЭОТАР-Медиа, 2022.
9. Официальный сайт Роспотребнадзора: [https://www.rospotrebnadzor.ru](https://www.rospotrebnadzor.ru/)
10. Информационный портал Минздрава России: [https://minzdrav.gov.ru](https://minzdrav.gov.ru/)
11. Статистические материалы ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии" (2023 год)

#

#

#

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

**АНКЕТА**

*Инструкция:*  Просим Вас ответить на вопросы анкеты для оценки уровня знаний по теме: бруцеллёз как самостоятельное заболевание, как избежать его заражением. Результаты будут использованы в научных целях. Отвечайте честно и без использования вспомогательных средств:

1. Ваш возраст:
	* До 18 лет
	* 18-35 лет
	* 36-55 лет
	* Старше 55 лет
2. Род вашей деятельности:
	* Работник животноводства
	* Член семьи животновода
	* Другая профессия
3. Употребляете ли вы сырое молоко?
	* Да, регулярно
	* Иногда
	* Никогда
4. Знаете ли вы пути заражения бруцеллёзом?
	* Да, подробно
	* В общих чертах
	* Не знаю
5. Используете ли защитные средства при контакте с животными?
	* Всегда
	* Иногда
	* Никогда
6. Проходили ли вы вакцинацию против бруцеллёза?
	* Да
	* Нет
	* Не знаю
7. Как вы обрабатываете мясо перед приготовлением?
	* Тщательно провариваю/прожариваю
	* Иногда не довариваю
	* Не задумываюсь об этом
8. Знаете ли вы симптомы бруцеллёза?
	* Да
	* Частично
	* Нет
9. Куда вы обратитесь при подозрении на бруцеллёз?
	* В ФАП
	* В районную больницу
	* Не знаю
10. Получали ли вы информацию о профилактике бруцеллёза?
	* Да, от медработников
	* Да, из СМИ
	* Нет
11. Как вы оцениваете риск заражения в вашей местности?
	* Высокий
	* Средний
	* Низкий
12. Подвергается ли ваш скот ветеринарному контролю?
	* Регулярно
	* Иногда
	* Не знаю
13. Поддерживаете ли вы обязательную вакцинацию животноводов?
	* Да
	* Нет
	* Затрудняюсь ответить
14. Хотели бы вы получить больше информации о профилактике?
	* Да
	* Нет
	* Не знаю

ПРИЛОЖЕНИЕ №2