

## ЗАРАЗЕН КАЗВАМ

Москалюк В.Д., Трефаненко А.Г., Венгловська Я.В., Богачик Н.А.,  
Сидорчук А.С., Сидоренко Г.С.  
Буковинський державний медичний університет

### ЗАВІЗНИЙ БРУЦЕЛЬОЗ НА БУКОВИНІ

Бруцельоз (син.: хвороба Банга, хвороба Траума, септицемія Брюса, мальтійська гарячка, середземноморська, козяча, ундулююча, гібралтарська гарячка) – інфекційно-алергічна хвороба з групи бактеріальних зоонозів, яка спричиняється мікроорганізмами роду бруцел, передається аліментарним, контактним або аерогенним шляхами, характеризується гарячкою, розвитком системного ретикулоендотеліозу з переважним ураженням опорно-рухової, нервової та сечостатевої систем організму, схильністю до хронічного перебігу із загостреннями та рецидивами, високим рівнем інвалідизації.

Збудники бруцельозу належать до роду *Brucella*, що нараховує 7 видів. *Br. melitensis* патогенні переважно для кіз, *Br. abortus bovis* – великої рогатої худоби, *Br. abortus suis* – свиней, *Br. ovis* – овець, *Br. neotomae* – гризунів, *Br. canis* – собак та *Br. maris* – морських ссавців. Хворобу в людей спричиняють *Br. melitensis*, *Br. abortus bovis*, *Br. abortus suis* та *Br. canis* (рідко).

Чинниками вірулентності є А- та М-антигени у складі стінки бактерій. При руйнуванні бруцел виділяється ендотоксин ліпополісахаридної природи. Найвищий ступінь вірулентності притаманний *Br. melitensis*, який називають збудником епідемічного бруцельозу.

Бруцели характеризуються високою здатністю до інвазії, внутрішньо-оклітинного паразитування (навіть у фагоцитах) та алергізації макроорганізму. Значна гіалуронідазна активність забезпечує їх проникнення через неушкоджені шкірні покриви та слизові оболонки.

Бруцели є досить стійкими до факторів зовнішнього середовища: добре витримують низькі температури, тривалий час перебувають у ґрунті та воді (до 3 міс). У сирих молочних продуктах зберігаються близько 40 днів, у бринзі – до 60 днів, у сирому м'ясі хворих тварин – до 3 місяців, у соліннях – до місяця, на вовні та шкурах – 2-3 місяці. При кип'ятінні бруцели гинуть миттєво, при 60°C – упродовж 30 хвилин. Пастеризація молока при 80-90°C знищує мікрококи за 5 хвилин, сухе прогрівання при 90-95°C – за 1 годину. Бруцели чутливі до прямого сонячного випромінювання та дезінфікуючих розчинів у робочих концентраціях.

В Україні захворювання на бруцельоз тварин практично ліквідовано: з 1967 року не реєструються захворювання овець, з 1980 року – великої рогатої худоби, а серед свиней відмічаються випадки зараження збудниками, які цир

кулюють серед диких тварин (Херсонська обл., м. Севастополь). Однак, бруцельоз – убіквітарна інфекція, спорадичні випадки та спалахи цього захворювання частіше спостерігаються в регіонах з розвиненим тваринництвом. Бруцельоз зберігає свою значимість як крайова патологія в азіатських регіонах Росії, Казахстані, Закавказзі, у багатьох країнах Азії, Африки, Південної Америки, Південної Європи. А звідси і небезпека завезення хвороби в нашу країну.

Приводимо власні клінічні спостереження завізного бруцельозу.

*Bunadok 1*, Хворий Р., 45 р., ветеринарний лікар, госпіталізований у клініку інфекційних хвороб. Скарги на загальну слабкість, незначне запаморочення, періодичний біль у м'язах і суглобах, ниючий біль у попереку з ірадіацією по задній поверхні лівого стегна, головний біль у потиличній ділянці, озноб, жар, підвищення температури тіла до 37,7-39<sup>0</sup>С, біль у яєчках, зниження гостроти зору. Захворів у кінці січня, коли з'явилися озноб, підвищення температури до 38-39<sup>0</sup>С, пітливість, біль в потиличній ділянці голови. Хворий впродовж 2-х років перебував у одній із середземноморських країн, де доглядав за домашніми тваринами, неодноразово приймав (без рукавичок та інших засобів захисту від можливого інфікування) пологи у овець, кіз, корів. У першій половині квітня впродовж 8-ми днів приймав левоміцетину сукцинат по 2,0 г на день, але покращення не відмічав. За місяць до госпіталізації повернувся додому. Хворого стали турбувати біль у м'язах всього тіла, ломота в суглобах, періодично – біль у яєчках, нароста загальна слабкість, а за тиждень до госпіталізації приєднався біль у попереку. Звернувся в клініку інфекційних хвороб, був госпіталізований. В 20-річному віці переніс ВГА.

При об'єктивному обстеженні: стан середньої тяжкості, температура тіла 38,2<sup>0</sup>С, правильної статури, задовільного живлення. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Суглоби зовнішньо не змінені. По передньовнутрішній поверхні гомілок пальпуються дрібні, не болючі, щільної консистенції вузлики (фіброзити). Помірно збільшені підщелепні, передньошийні лімфатичні вузли, не болючі і не спаяні між собою і з оточуючими тканинами. Пульс 120/хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, дещо ослабленої звучності, чисті. Над легеньми везикулярне дихання. Язик обкладений біля кореня, вологий. Живіт м'який, не болючий. Незначна гепатомегалія, селезінка не пальпується. Органи сечостатевої системи без патологічних змін.

Враховуючи гострий початок хвороби, тривалу гарячку з періодичними ознобами, виражену пітливість, помірну загальну слабкість, лімфаденопатію, фіброзити, гепатомегалію, догляд за тваринами без спецзахисту, запідозрено бруцельоз, середньої тяжкості. Призначено лікування: етіотропне (доксациклін по 0,1 г 2 рази на день, левоміцетин по 0,5 г 4 рази на день), дезінтоксикаційне (розчин глюкози 5% в/в крапельно з розчином аскорбінової кислоти 5%), протизапальне (амізон по 0,25 г 3 рази на день), десенсибілізувальне (діазолін по 0,1 г 3 рази на день).

Загальний аналіз крові (16.05): еритроцитів –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 142 г%, кольоровий показник – 0,9, лейкоцитів –  $6,5 \times 10^9$ , еозинофілів – 1%, паличкоядерних – 2%, сегментоядерних – 68%, лімфоцитів – 25%, моноцитів – 4%. ШОЕ – 24 мм/год.

Глюкоза крові – 4,7 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі (16.05): прозора, питома вага – 1016; білку, білірубіну, глюкози не виявлено, лейкоцити – 3-4 в п/зору.

Аналіз крові (17.05): реакція Райта позитивна в розведенні 1:400, реакція Хеддльсона – різко позитивна.

Посів крові на жовчний і цукровий бульйон (15.05) росту не дав.

УЗД (17.05): вертикальний розмір правої долі печінки 164 мм, паренхіма підвищеної ехогенності. Жовчний міхур містить велику кількість ехогенної жовчі, осад. Підшлункова залоза підвищеної ехогенності. Селезінка – 122x53 мм.

Флюорограма ОГК (16.05): легені і серце в нормі.

ЕКГ (16.05) – патології не виявлено.

Огляд окуліста – патологічних змін не виявлено.

Огляд гастроентеролога. Заключення: Хронічний гепатит малоактивний. Хронічний холецистит гіпокінетичний, загострення. Вторинний панкреатит латентний. До лікування додано: карсил по 1 драже 3 рази на день, фестал по 1 драже 3 рази на день, біфі-форм 2 капсули на день.

Огляд невролога. Заключення: Бруцельозна полінейропатія верхніх та нижніх кінцівок. До лікування було додано: розчин прозерину 0,05% по 1 мл п/ш щодня, ксантинола нікотинат 15% по 7 мл в/м щодня, вітаміни В<sub>1</sub> та В<sub>12</sub> через день в/м, дибазол по 0,002 г 3 рази на день, масаж кінцівок.

У наступні після госпіталізації дні самопочуття і стан хворого покращилися: зменшилися, а потім і зникли загальна слабкість, біль у суглобах, пітливість, нормалізувалася температура тіла, покращився сон і апетит, зменшилися в розмірах лімфовузли і печінка.

У задовільному стані на вимогу пацієнта на 13-й день лікування виписаний з клініки під нагляд лікаря КІЗ з рекомендацією проведення повторного курсу лікування через тиждень.

Заключний діагноз: основний: *підгострий бруцельоз (клініко-епідеміологічно і серологічно), середньої тяжкості; ускладнення основного: полінейропатія;*

*супутній: хронічний гепатит малоактивний; хронічний холецистит гіпокінетичний, загострення; вторинний панкреатит, латентний.*

*Випадок 2.* Хвора Н., 37 р, поступила в клініку інфекційних хвороб 15.11 зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла у вечірній час, пітливість, головний біль, лабільність настрою, погіршення сну і апетиту, періодичний біль у поперековій ділянці, сухість у роті, сухий кашель. Захворювання почалося місяць тому з підвищення температури тіла до 39°C, сухого кашлю з наступною появою перелічених скарг, лікувалася проти грипу, але без ефекту.

Хвора з появою перших ознак хвороби повернулася додому (м. Чернівці). До лікаря звернулася за тиждень до госпіталізації, була обстежена в амбулаторних умовах і направлена в клініку. З епідеміологічного анамнезу встановлено, що хвора періодично перебувала в одній з південних країн (Туреччина), де готувала і вживала їжу із свіжого м'яса, молочних продуктів від овець. Одночасно захворів чоловік, який госпіталізований за місцем проживання.

При огляді: температура тіла – 37,6<sup>0</sup>С. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Підвищена вологість шкіри. Пальпуються незначно збільшені, не болочі підщелепні, шийні і потиличні лімфовузли. З боку опорно-рухового апарату патології не виявлено. Пульс 72/хв., АТ – 100/70 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, чисті, гучні. Над легенями – везикулярне дихання. Язик вологий, обкладений біля кореня. Живіт м'який, не болочий. Незначні гепато- і спленомегалія.

Враховуючи гострий початок хвороби, тривале підвищення температури тіла, виражену пітливість, помірну загальну слабкість, лімфаденопатію, гепатоспленомегалію, дані епідеміологічного анамнезу – запідозрено гострий бруцельоз середньої тяжкості. Призначено: доксациклін по 0,1 г 2 рази на день і гентаміцин по 2,0 г в/м 2 рази на день впродовж 3-х тижнів, а також тіотриазолін в/м, вітаміни В<sub>6</sub> і В<sub>12</sub> в/м через день, діазолін, пробіотики.

Загальний аналіз крові (16.11): еритроцити – 4,0x10<sup>12</sup>/л, гемоглобін – 126 г%, кольоровий показник – 0,9, лейкоцитів – 5,0x10<sup>9</sup>, еозинофілів – 3%, паличкоядерних – 2%, сегментоядерних – 63%, лімфоцитів – 27%, моноцитів – 5%. ПШОЕ – 24 мм/год.

Глюкоза крові – 3,7 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі (16.11): прозора, питома вага – 1015; білку, білірубіну, глюкози не виявлено, лейкоцити – 2-3 в п/зору.

Загальний білірубін крові (16.11) – 12,0 мкмоль/л, тимолова проба – 2,2 ОД, загальний білок – 82,8 г/л. Аналіз крові (16.11): реакції Райта і Хеддльсона негативні, РІЦА (18.11 і 1.12) з еритроцитарним бруцельозним діагностичним негативна.

Посів крові на жовчний і цукровий бульйон (15.11) росту не дав.

УЗД від 17.05: вертикальний розмір правої долі печінки 164 мм, паренхіма підвищеної ехогенності, Жовчний міхур містить велику кількість ехогенної жовчі, осад. Підшлункова залоза підвищеної ехогенності. Селезінка – 122x53 мм.

Флюорограма ОГК (13.11): легені і серце в нормі.

В процесі лікування самопочуття і стан хворої покращилися: зменшилися, а потім і зникли загальна слабкість, дратівливість, пітливість, нормалізувалася температура тіла, покращився сон і апетит, зменшилися в розмірах лімфовузли, зникли гепато- і спленомегалія.

У зв'язку з категоричною відмовою від подальшого лікування в стаціонарі пацієнтка у задовільному стані на 30-й день лікування виписана з клініки під

нагляд лікаря КІЗ з рекомендацією проведення повторного двотижневого курсу лікування через тиждень.

Враховуючи те, що у чоловіка хворої діагноз бруцельозу був підтверджений серологічно, дані клінічного перебігу хвороби у пацієнтки, епідеміологічні дані, позитивну динаміку від проведеного лікування, хвору виписали з діагнозом: гострий бруцельоз, середнього ступеня тяжкості (клініко-епідеміологічно).

Таким чином, практичні лікарі повинні пам'ятати, що за сучасної нестабільності економічної ситуації в напій державі, високому рівні безробіття, масовому виїзді громадян за кордон для роботи, створюються можливості зараження і захворювання жителів України на бруцельоз.