

© Піддубна О.В., Кузьміна В.В., Пипа Л.В., Марцонь Н.З., 2006  
УДК 616.981.42

О.В. Піддубна, В.В. Кузьміна, Л.В. Пипа, Н.З. Марцонь

## КЛІНІЧНІ МАНІФЕСТАЦІЇ ГОСТРОГО БРУЦЕЛЬОЗУ

Хмельницька міська інфекційна лікарня

Бруцельоз – гостре інфекційне захворювання, що спричиняється збудником роду *Brucella*, якому властиві поліорганні ураження з переважним залученням до патологічного процесу опорно-рухового апарату і нервової системи, хронічний перебіг із загостреннями та рецидивами [1-3].

В Україні протягом останніх 10 років захворювання людей на бруцельоз реєструвалось у поодиноких випадках [4]. Це зумовлено тим, що хвороба належить до зоонозів, а бруцельоз серед тварин в країні практично ліквідовано [4, 5]. У більшості зареєстрованих випадків бруцельозу (Автономна Республіка Крим, Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Полтавська, Сумська області) зараження відбулося за межами України [4].

У цьому повідомленні наведено випадок гострого перебігу бруцельозу, завезеного з Португалії, який було діагностовано у Хмельницькій міській інфекційній лікарні.

Хворий К., 54 роки, житель Хмельницької області, поступив у інфекційну лікарню 22 жовтня 2004 р. на 23-й день з моменту захворювання із діагнозом «Лихоманка невстановленої етіології». При госпіталізації хворий скаржився на підвищення температури тіла до 39 °С протягом 3 тиж., що супроводжувалося мерзлякуватістю та підвищеною пітливістю, болем у грудинно-реберних з'єднаннях, періодичні артралгії, помірну загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що хвороба розпочалася гостро з підвищення температури до 39 °С, болючості в усіх суглобах, загальної слабкості, болю у горлі при ковтанні. Хворий звернувся за медичною допомогою за місцем роботи в Португалії, де перебував на заробітках протягом останніх 2 років. Встановлено діагноз фолікулярної ангіни і призначено лікування. Біль у горлі зник, а артралгії та гарячка залишились. 7 жовтня 2004 р. хворий приїхав на Батьківщину і звернувся за допомогою в протитуберкульозний диспансер, де раніше лікувався і перебував на диспансерному обліку до 2000 р. з приводу туберкульозу легень. Після обстеження хворого спрямували в інфекційну лікарню з діагнозом «Лихоманка невстановленої етіології».

З даних епідеміологічного анамнезу встановлено, що під час перебування в Португалії пацієнт три-

валий час був на пасовищі поряд з вівцями (працював у мисливському клубі), декілька разів мав контакт з трупами загиблих тварин незадовго до своєї хвороби.

При ушпиталенні стан хворого середньої тяжкості. Температура тіла в момент поступлення 38,8 °С. Шкіра гіперемічна, волога, без висипу. Спостерігалась виражена ін'єкція склер, незначне збільшення підщелепних лімфовузлів, які не були злучені з навколишніми тканинами, при пальпації еластичні, не болючі. Гемодинамічних розладів не виявлено: артеріальний тиск 118 і 80 мм рт. ст., частота пульсу – 80 за 1 хв, пульс задовільних властивостей, ритмічний. При аускультатії тони серця гучні, дихання в легенях везикулярне, хрипів немає, при перкусії над легенями ясний звук. Живіт при пальпації м'який, не болючий. Печінка виступає на 2,5-3 см з-під правого підребер'я, селезінка не збільшена. Хворому було призначено обстеження за алгоритмом гарячки неясного генезу.

Загальний аналіз крові: лейкоцити 4,4 Г/л, п. 7 %, с. 30 %, лім. 48 %, мон. 15 %, ШОЕ 12 мм/год. Аналіз сечі без патологічних змін. Біохімічні показники: загальний білірубін 6,2 мкмоль/л, активність АЛТ 1,62 ммоль/(лхгод), АсАТ 0,84 ммоль/(лхгод), загальний білок 72 г/л, альбуміни 50 %, глобуліни 50 %, α1-глобуліни 6 %, α2-глобуліни 11 %, γ-глобуліни 24 %; сіалові кислоти 0,19 ум.од.; сечовина 6,85 ммоль/л, креатинін 80 мкмоль/л. Посів крові на стерильність, гемокультуру – росту мікроорганізмів немає. Обстежений на малярію, лептоспіроз, ВІЛ-інфекцію, рикетсіоз. Результати від'ємні. При рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини виявлено в легенях залишкові зміни після перенесеного туберкульозу у вигляді петрифікатів і збільшених лімфовузлів. При ультразвуковому обстеженні органів черевної порожнини виявлено помірне збільшення печінки (до 3 см), структура однорідна, дрібнозерниста, середньої ехогенності, селезінка не збільшена, нирки не змінені. При обстеженні хворого на бруцельоз виявлено: реакція Хаддлсона від 23.10.04 р. різко позитивна, реакція аглютинації Райта від 23.10.04 р. позитивна в титрі 1:800, від 28.10.04 р. – 1:1600, посів крові на бруцельоз від'ємний. Пацієнт

оглянутий кардіологом, ревмокардіологом, які виявили у нього ішемічну хворобу серця, атеросклеротичний кардіосклероз із СН 0 стадії. Невропатологом патологічних змін з боку центральної та периферичної нервової системи у хворого не знайдено.

Відразу ж при поступленні, ще до отримання результатів лабораторних досліджень, хворому призначено комбіновану антибактерійну терапію, яка включала цефтриаксон внутрішньом'язово по 2 г двічі на добу, сумамед 500 мг один раз на добу, протизапальні та десенсибілізуючі засоби, жарознижуючі препарати та гепатопротектори, проводилась дезінтоксикаційна терапія. Однак у пацієнта гарячка утримувалась, зберігались зазначені скарги. Після отримання результатів дослідження на бруцельоз було проведено корекцію антибактерійної терапії: цефтриаксон і сумамед замінено на левоміцетин (по 1 г 3 рази на добу) та тетрациклін (2 г на добу ентерально) протягом 12 днів. Така етіотропна терапія виявилась ефективною: загальний стан хворого покращився на 4-й день, температура нормалізувалась на 4-й день, зникли артралгії та біль у грудинно-реберних з'єднаннях, нормалізувались розміри печінки, загальний аналіз крові без патологічних відхилень.

Гострий початок хвороби, гарячка протягом 3 тиж., під час якої хворий почував себе відносно задовільно, виражена пітливість, біль у грудинно-реберних з'єднаннях, помірні артралгії, незначне збільшення підщелепних лімфовузлів, збільшення печінки, відсутність уражень опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, дані епідеміологічного анамнезу, висновки суміжних спеціалістів та отримані резуль-

тати лабораторних досліджень (нормоцитоз з лімфоцитозом з боку крові; високі титри специфічних антитіл у реакції Райта, зростання їх у динаміці в реакції Хаддлсона) дають підстави поставити діагноз гострого бруцельозу.

Пацієнт виписаний за його вимогою додому 8.11.04 р. у задовільному стані на 10-й день нормальної температури тіла для подальшого долікування і реабілітації амбулаторно за місцем проживання.

Таким чином, цей випадок вказує на можливість завізних випадків бруцельозу в Україну, так як значна частина наших співвітчизників працює у країнах, де трапляється це захворювання. Ефективною етіотропною терапією бруцельозу є левоміцетин і тетрациклін; макроліди і цефалоспорины при даній хворобі не ефективні.

### Література

1. Бронштейн А.М., Токмалаев А.К. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы: Учеб. пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2002. – 207 с.
2. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. – СПб: Фолиант, 2003. – 1040 с.
3. Drugs for parasitic infections. The Medical Letter. – April, 2002 (www.medletter.com).
4. Наказ МОЗ України № 490/59 від 10.12.2001 р. «Про заходи щодо профілактики захворювань на бруцельоз».
5. Наказ МОЗ України № 133 від 19.07.1995 р. «Про затвердження переліку особливо небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійство збудників цих хвороб».