
Случай из практики

УДК 616.981.42-036.11

DOI 10.52246/1606-8157_2026_31_1_64

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ВСПЫШКА БРУЦЕЛЛЕЗА НА БЛАГОПОЛУЧНОЙ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТЕРРИТОРИИ

Е. С. Алешковская*, кандидат медицинских наук, elena.alesh@rambler.ru,

Е. М. Тришина, sudmed_tem@bc.ru,

И. Г. Ситников, доктор медицинских наук, sitnikov@ysmu.ru,

К. Н. Бойцова, хенjaboizowa2002@gmail.com

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

РЕЗЮМЕ Описан случай групповой заболеваемости бруцеллезом на территории, не эндемичной по заболеванию. После ветеринарной проверки подсобного хозяйства была обнаружена больная бруцеллезом корова. Во время ухода за животным и при употреблении некипяченого молока произошло заражение пяти человек. Постановка диагноза у первой заболевшей заняла более 1,5 месяца. Трудность диагностики в данном случае заключалась в том, что пациентка была старческого возраста и полиморбидной. У длительно лихорадящих пациентов с соответствующим эпиданамнезом необходимо проводить обследование на бруцеллез.

Ключевые слова: острый бруцеллез, крупный рогатый скот, лихорадка.

BRUCELLOSIS EPIDEMIC OUTBREAK IN AN AREA FREE OF THE DISEASE

E. S. Aleshkovskaya, E. M. Trishina, I. G. Sitnikov, K. N. Boitsova

ABSTRACT A case of brucellosis outbreak in a non-endemic area is described. A veterinary inspection at a subsidiary farm found a cow infected with brucellosis. Five people were infected while caring for the cow and drinking unpasteurized milk. The first diagnosis took more than 1.5 months. The difficulty in diagnosis in this case arose from the fact that the patient was elderly and had multiple other health conditions. For long-term febrile patients with a relevant epidemic anamnesis, it is important to examine them for brucellosis.

Keywords: acute brucellosis, bovine, fever.

Бруцеллез относится к повсеместно распространённой зоонозной инфекции. В последние 10 лет обстановка по бруцеллезу в России расценивается как неустойчивая с тенденцией к увеличению частоты заболеваемости на 25–40 %. В 2024 г. зарегистрировано 530 случаев впервые выявленного бруцеллеза, что на 27,4 % больше по сравнению со среднемноголетним показателем. К регионам с наибольшей заболеваемостью относят Северо-Кавказский, Южный и Сибирский федеральные округа. В Централь-

ном федеральном округе за последние три года отмечается ухудшение ситуации по бруцеллезу в связи с регистрацией групповых случаев на ранее относительно благополучных территориях [1]. В Ярославской области регистрируется спорадическая заболеваемость. Случаи бруцеллеза у людей в регионе наблюдались в 2019 г. (1 больной) и 2023 г. (2 пациента) [2].

Источниками инфекции при бруцеллезе являются крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, верблюды, грызуны, ластоногие и др. Частота и

тяжесть заболевания среди заразившихся людей зависит в первую очередь от вида очага и его активности. Наиболее патогенной для человека является *B. melitensis*, передаваемая от коз и овец. Чаще всего инфицированные люди заболевают в активных очагах мелкого рогатого скота. Бруцеллез коровьего вида развивается, как правило, без клинически выраженного острого периода с широким диапазоном периода инкубации, когда больные нередко затрудняются назвать время начала заболевания и срок вероятного заражения. Поэтому заболевание, вызванное *B. abortus*, часто приобретает хроническое течение, а также возможно развитие первично-латентных форм. [3]. По данным эпидемиологических обследований выявлено, что в Российской Федерации за последние 10 лет основным источником бруцеллеза для человека является крупный, реже – мелкий рогатый скот [1].

Бруцеллез приобретает актуальность и в связи с тем, что стал регистрироваться у путешественников, которые употребляют продукты и деликатесы местной кухни, приготовленные из непастеризованного молока (брынза, сыр, творог, сметана), недостаточно термически обработанного мяса (строганина, мясо с кровью) [4, 5]. Известно, что даже случайное разовое употребление в пищу данных продуктов, особенно от мелкого рогатого скота, может привести к заболеванию [3].

По-прежнему наибольший риск заражения возникает у людей, профессионально связанных с животноводством, в том числе индивидуальных владельцев животных.

Ниже приводим результаты эпидемиологического обследования очага бруцеллеза и клинические случаи заболевания.

Данные эпидемиологического расследования.

Ветеринарной службой Ярославской области (ЯО) 27.06.24 проводилось плановое обследование на бруцеллез крупного и мелкого рогатого скота в личном подворном хозяйстве (ЛПХ) д. Сумароково Некрасовского района Ярославской области. Было получено заключение, что у одной из коров – положительная реакция на бруцеллез (от 03.07.24). Общее поголовье животных в данном хозяйстве состоит из 2 коров, 7 бычков, 41 козы, 2 собак, гусей и кур. Одну корову владелец ЛПХ приобрел в 2019 г., другую –

в 2020 г. По данным обследования за 2023 г., все животные были здоровы. Животные у владельца свободно выгуливаются на территории хозяйства, имеются два ангара для их содержания в зимний период, вода для поения животных и хозяйственных нужд поступает из собственной артезианской скважины, навозоудаление сезонное. Бытовое помещение для хранения спецодежды отсутствует, сама одежда не представлена. На момент проверки не имеется запаса дезинфицирующих средств.

Мероприятия по уходу, кормлению животных, обслуживанию их жизнедеятельности проводит лично владелец ЛПХ. Сведения о прохождении медицинских профилактических осмотров у него отсутствуют.

По результатам эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага бруцеллеза крупного рогатого скота были сделаны выводы, что вероятной причиной заноса возбудителя бруцеллеза в хозяйство явились закупка кормов без ветеринарно-сопроводительных документов и сведений о благополучии местности их заготовки, а также несоблюдение ветеринарно-санитарных требований при содержании животных.

Владельцу ЛПХ было дано распоряжение ликвидировать больное животное.

Органами Роспотребнадзора ЯО в министерство здравоохранения ЯО и ГБУЗ ЯО «Некрасовская центральная районная больница» было направлено предписание об обнаружении зараженного бруцеллезом животного в данном районе. В результате медицинскими работниками ГБУЗ ЯО «Некрасовская центральная районная больница» были проведены мероприятия по выявлению больных бруцеллезом с учетом эпидемиологического анамнеза, организовано лабораторное исследование на бруцеллез длительно лихорадящих больных, с местным населением проводились санитарно-просветительные мероприятия по профилактике заболевания.

22 июля 2024 г. в Управление Роспотребнадзора ЯО поступила информация о регистрации случая острого бруцеллеза, подтвержденного лабораторными исследованиями.

Первой заболевшей была женщина 77 лет, жительница Некрасовского района. Из эпидемиологического анамнеза известно, что она поку-

пала коровье молоко у владельца хозяйства с 2020 г., последний раз – в середине мая. Пациентка Ш. заболела в начале июня (приблизительно 7–10 июня 2024 г.). 14 июня она обратилась к участковому терапевту с жалобами на подъем температуры тела до 37,5 °С и катаральные явления. Был выставлен диагноз: «ОРИ: острый риносинусит», получила курс амоксициллина в течение семи дней и симптоматическое лечение. Несмотря на проводимую терапию, продолжала сохраняться субфебрильная температура, беспокоили слабость, потливость. Обследована амбулаторно в ГБУЗ ЯО «Некрасовская центральная районная больница» (общий и бактериологический анализ крови, общий анализ мочи), результаты исследований находились в пределах нормы. Данная пациентка была полиморбидной. У нее имелись сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов), поражения опорно-двигательного аппарата (двусторонний гонартроз, контрактура Дюпюитрена), почек (стеноз правой почечной артерии на 50 %), ожирение 1-й степени. В клинической картине на первый план выходили симптомы сопутствующих заболеваний, в связи с чем она стала обращаться к узким специалистам, при этом лихорадка продолжалась.

11.07.24 пациентка обратилась за консультацией к кардиологу, так как ее беспокоили периодические колющие боли в области сердца, одышка, тремор головы, неустойчивость при ходьбе. 16.07.24 обратилась к врачу-нефрологу с жалобами на уменьшение количества мочи, отеки ног, боли в пояснице, повышение температуры в течение месяца, небольшой кашель, подташнивание. В заключении врача указано, что длительная температура не связана с патологией почек и ей необходимо обследование в стационаре. В этот же день (16.07.24) больная обратилась в приемный покой Ярославской областной клинической больницы, где ей провели исследования крови: показатели общего анализа крови – в пределах нормы, бактериологического анализа крови – повышение активности печеночных трансаминаз и креатинина, на рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено, при УЗИ органов брюшной полости и почек – диффузные изменения печени, паренхимы почек, поджелудочной железы. Был выставлен диагноз: «Лихорадка неясного генеза.

Подозрение на системное заболевание соединительной ткани» и рекомендована консультация ревматолога и инфекциониста.

17.07.24 пациентка обратилась к ревматологу, который диагностировал у нее двусторонний гонартроз, ладонный фасциальный фиброматоз (контрактура Дюпюитрена), вторичный артроз других суставов. 20.07.24 она обратилась в ГБУЗ ЯО «Областная инфекционная клиническая больница» (ГБУЗ ЯО «ОИКБ»).

Осмотр пациентки в приемном покое ГБУЗ ЯО ОИКБ показал: температура тела – 36,1 °С, частота дыхательных движений – 20 в мин, пульс – 80 в мин, артериальное давление – 130/80 мм рт. ст., сатурация – 98 %, системы органов – без особенностей. При поступлении больная предъявляла жалобы на длительную лихорадку – более 1,5 месяца, сначала температура повышалась до субфебрильных значений (37,5 °С), через одну-две недели стала достигать 38,5–39 °С, сопровождалась ознобом, беспокоили слабость, потливость, боли в коленных суставах. Госпитализирована с диагнозом: «Лихорадка неясного генеза. Обследование на бруцеллез». При сборе эпидемиологического анамнеза выяснено, что пациентка пила сырое коровье молоко из Некрасовского района, где зафиксирован случай заболевания животного бруцеллезом. Работала зоотехником.

Находясь в отделении, у нее наблюдались подъемы температуры тела в вечернее время до 38,5 °С в течение двух дней (20 и 21 июля 2024 г.), в дальнейшем температура снизилась и до конца стационарного лечения была нормальной. В течение первой недели госпитализации сохранялись жалобы на боли в коленных суставах и слабость.

Пациентке были проведены необходимые исследования. В общем анализе крови сначала диагностировали нормальные показатели лейкоцитов, в дальнейшем была лейкопения, лимфоцитоз, гипохромная анемия. Данные изменения в крови являются характерными для бруцеллеза. В биохимическом анализе крови выявили повышение активности печеночных трансаминаз в 2–3 раза, незначительное увеличение уровня креатинина, повышенный уровень С-реактивного белка (54,3 мг/л). В общем анализе мочи – лейкоцитурия, микропротеинурия, цилиндрурия.

Подтверждение диагноза бруцеллеза проводилось в два этапа: первый – в лаборатории особо опасных инфекций ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора по Ярославской области (получены положительные результаты иммуноферментного анализа (ИФА), реакций Хеддльсона и Райта), а затем окончательное подтверждение в аккредитованном испытательном лабораторном центре ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора». У больной были обнаружены антитела к возбудителю бруцеллеза в реакции Хеддльсона, антитела к возбудителю бруцеллеза в реакции Райта в высоком титре 1:400++, методом ИФА обнаружены антитела IgA к возбудителю бруцеллеза в высоком титре (коэффициент позитивности (КП) – 10,3), антитела IgM к возбудителю бруцеллеза в высоком титре (КП – 9,42), антитела IgG к возбудителю бруцеллеза (КП – 7,9). Было проведено исследование крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – ДНК возбудителя бруцеллеза не обнаружена.

Были проведены исследования на наличие тифо-паратифозных заболеваний – результат отрицательный, исследовали толстую каплю крови на наличие малярии – плазмодии не обнаружены, мазок из носоглотки на SARS-CoV-2 методом ПЦР – отрицательный, методом ИФА определяли уровень IgM и IgG к хантавирусам – отрицательный, также методом ИФА исследовали антитела к вирусу клещевого энцефалита – IgM отрицательный, IgG положительный. Рентгенография органов грудной клетки – данных за очаговые и инфильтративные изменения нет, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек – диффузные изменения поджелудочной железы.

Был выставлен диагноз: «Острый бруцеллез, средней степени тяжести».

Пациентка получала этиотропное лечение доксициклином и рифампицином. Была выписана на 20-е сутки госпитализации с рекомендацией продолжить антибиотикотерапию общей длительностью 45 дней.

В дальнейшем в ГБУЗ ЯО «ОИКБ» обратилась пациентка Б., 56 лет, жительница Некрасовского района, которая заболела приблизительно 6 июля 2024 г. За медицинской помощью к участковому терапевту обратилась 29.07.24. Жаловалась на периодические подъемы температуры

до 37,5 °С, со снижением после приема парацетамола. Употребляла некипяченое коровье молоко, которое покупала у владельца хозяйства, где выявлен случай бруцеллеза. Было дано направление в ГБУЗ ЯО «ОИКБ». 01.08.24 пациентке выполнили исследование крови методом реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) на бруцеллез, был получен положительный результат. При поступлении в ГБУЗ ЯО «ОИКБ» 05.08.24 предъявляла жалобы только на повышение температуры тела от 37,3 до 39 °С. При осмотре наблюдались катаральные явления. Состояние органов – в пределах нормы. Все время нахождения в стационаре температура тела пациентки была нормальной.

Лабораторное подтверждение наличия бруцеллеза также проходило в два этапа. Исследования, проведенные в лаборатории особо опасных инфекций ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора по Ярославской области, дали положительные результаты, которые в дальнейшем были подтверждены в аккредитованном испытательном лабораторном центре в ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора». У пациентки Б. были обнаружены антитела к возбудителю бруцеллеза: в реакции Хеддльсона, в реакции Райта в титре 1 : 200++, методом ИФА обнаружены антитела IgA в высоком титре (КП – 10,2), а также выявлены антитела IgM (КП – 6,14) и антитела IgG (КП – 2,6). Методом ПЦР в крови ДНК возбудителя бруцеллеза не обнаружена. В общем и биохимическом анализе крови, в анализах мочи показатели были в пределах нормы. Все исследования, необходимые ей как длительно лихорадящему пациенту, были проведены, результаты их были отрицательными (на наличие тифо-паратифозных заболеваний, малярии и др.), проведено исследование мазка из носоглотки методом ПЦР на наличие возбудителей острых респираторно-вирусных инфекций – результат отрицательный.

Пациентке был выставлен диагноз: «Острый бруцеллез, средней степени тяжести».

В ГБУЗ ЯО «ОИКБ» больной был начат курс комплексной антибиотикотерапии (доксициклин с рифампицином), который в дальнейшем было рекомендовано провести в течение 45 дней.

Владелец ЛПХ был приглашен в ГБУЗ ЯО «ОИКБ» для клинико-лабораторного обследования. Ме-

тодом ИФА у него определили антитела класса IgG (КП – 5,77), реакция Хеддльсона – положительная. Жалоб не предъявлял. Выставлен диагноз: «Первично-хронический бруцеллез». У его жены были выявлены антитела класса IgG (КП – 7,88), реакция Хеддльсона – положительная. Жалобы отсутствовали, диагностирована та же форма бруцеллеза. У знакомого, проживающего рядом и употреблявшего некипяченое молоко от больной коровы, серологическими тестами были выявлены положительные антитела класса IgM, положительные реакции Хеддльсона и Райта (1 : 800). Жалоб при осмотре не предъявлял. Диагностирована первично-латентная форма бруцеллеза.

Таким образом, в Ярославской области была зарегистрирована групповая заболеваемость бруцеллезом с пятью заболевшими. Заражение произошло от больной бруцеллезом коровы.

На территориях, благополучных по бруцеллезу, отсутствует настороженность населения относительно данного заболевания. Это подтверждает и тот факт, что первая заболевшая, когда-то работавшая зоотехником и, вероятно, знавшая о бруцеллезе, употребляла в пищу термически не обработанное молоко, которое она покупала у владельца хозяйства, не сомневаясь в качестве продукции.

Для клинициста бруцеллез является сложным в диагностическом плане заболеванием, особенно на неэндемичной территории. В острый период болезни наиболее частым симптомом является лихорадка, а также разнообразные

клинические проявления – артралгии, усталость, потливость, микрополиаденопатия, поражение печени, селезенки, сердца, почек и проч. [4]. Указание пациента на длительную лихорадку, не поддающуюся объяснению и лечению в течение трех и более недель с применением дополнительных методов исследования, является показанием для консультирования врачами-специалистами. Выделены основные причины лихорадки неясного генеза, так называемая «большая тройка» заболеваний, где в 35–40 % случаев выявляют инфекцию, в 25–30 % – злокачественные опухоли, в 15 % – диффузные заболевания соединительной ткани. Авторы рекомендуют первым шагом в дифференциальной диагностике лихорадки неясного генеза провести осмотр больного опытным врачом-инфекционистом. На этом этапе могут быть выявлены острые и хронические инфекции, в том числе и бруцеллез [6]. Важно внимательно собрать эпидемиологический анамнез. Особо уделить внимание указанию на покупку продуктов животноводства у частных владельцев ферм, на выезд в эндемичные по бруцеллезу регионы и употребление там продуктов местной кухни (молочная и мясная продукция).

В заключение отметим, что диагностика бруцеллеза представляет значительные трудности в регионах со спорадической заболеваемостью ввиду полиморфизма клинических проявлений. Наличие длительной лихорадки, а также тщательно собранный эпидемиологический анамнез являются необходимыми предпосылками для обследования на бруцеллез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономаренко Д.Г., Кондратьева Ю.В., Ефременко Д.В., Скударева О.Н., Транквиловский Д.В., Хачатурова А.А., Деригуз Т.В., Брянцева Е.П., Толмачева А.С., Логвиненко О.В., Ракитина Е.Л., Костюченко М.В., Тембай Т.В., Семенко О.В., Манин Е.А., Малецкая О.В., Куличенко А.Н. Заболеваемость бруцеллезом в России: анализ ситуации, нерешенные проблемы и новые угрозы. Проблемы особо опасных инфекций. 2025;2:29-38.
2. Благова Н.Н., Худоян З.Г., Кочкина С.С., Егорова Е.Н. Случай бруцеллеза в Ярославской области. Вестник Ивановской медицинской академии. 2024;29;2:58-60.
3. Таран И.Ф., Лямкин Г.И. Бруцеллез (микробиология, иммунология, эпидемиология, профилактика). Ставрополь; 1996:173.
4. Малов В.А. Терапевтические маски бруцеллеза. Фарматека. 2011;4:22-28.
5. Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней. СанПиН 3.3686-21. Москва; 1992.
6. Марьянович А.Т., Цыган В.Н., Лобзин Ю.В. Врачу о лихорадке. Санкт-Петербург; 1999:120.