

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПОЛИСИНДРОМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЁЗА

Ташпулатов Ш.А.<sup>1</sup>, Самибаева У.Х.<sup>2</sup>, Умрзоков З.Б.<sup>3</sup>, Узакова Г.З.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ташпулатов Шавкат Абдурахимович - ассистент;

<sup>2</sup>Умрзоков Зокир Бахриддинович – ассистент;

<sup>3</sup>Самибаева Умида Хушиидовна – ассистент,  
кафедра эпидемиологии;

<sup>4</sup>Узакова Гавхар Закировна – ассистент,  
кафедра инфекционных болезней,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** актуальность: в современных условиях бруцеллез продолжает представлять высокую эпидемическую опасность, связанную с угрозой распространения возбудителя из многочисленных естественных источников, а также искусственным способом в результате биотеррористических акций. Несмотря на обширный комплекс проводимых во всем мире мероприятий по ликвидации бруцеллеза, он до настоящего времени остается эндемичным для многих регионов земного шара. Цель исследования: при полисиндромных проявлениях хронического бруцеллёза своевременно поставить диагноз на первичных звеньях здравоохранения. Материал и методы исследования: ретроспективный анализ истории больного с диагнозом «Хронический бруцеллез с поражением костно-суставной системы. В стадии обострения. Хронический пиелонефрит» за 2018 г. Методом выборки проведен клиничко-эпидемиологический анализ госпитализированного больного с бруцеллезом. Заключение. В данном клиническом случае учитывается важность полного анамнеза и обследования больных с полисиндромными проявлениями. Участковой врач-терапевт должен помнить о том, что генез суставного синдрома на фоне неспецифических проявлений интоксикационного синдрома может иметь не только ревматическую природу, но в сочетании с имевшими место особенностями профессионального и эпидемиологического анамнеза необходимы углубленный направленный диагностический поиск бактериальной этиологии и специфическое лабораторное подтверждение заболевания. Своевременная диагностика увеличивает эффект от терапии и снижает вероятность развития хронических форм инвалидности.

**Ключевые слова:** суставной синдром, ревматизм, эпидемиологический анамнез, пиелонефрит, бруцеллез.

**Актуальность.** В современных условиях бруцеллез продолжает представлять высокую эпидемическую опасность, связанную с угрозой

распространения возбудителя из многочисленных естественных источников, а также искусственным способом в результате биотеррористических акций. Несмотря на обширный комплекс проводимых во всем мире мероприятий по ликвидации бруцеллеза, он до настоящего времени остается эндемичным для многих регионов земного шара. Ситуация усугубляется экологической экспансией возбудителя бруцеллеза на ранее несвойственные виды естественных хозяев, сопровождающейся появлением новых видов бруцелл, часть из которых представляет опасность и для человека. Бруцеллез - тяжелое инфекционно-аллергическое заболевание человека, характеризующееся склонностью к хроническому рецидивирующему течению с развитием стойких полисистемных поражений организма, нередко приводящих к инвалидизации. Возбудителем бруцеллеза является микроорганизм рода *Brucella*. Естественным резервуаром бруцелл в природе являются животные. В естественных условиях заражение людей происходит посредством потребления инфицированных продуктов, прямого контакта с больными животными или ингаляцией контаминированного аэрозоля [1].

Наиболее широко заболевание распространено в странах Средиземноморья, Малой Азии, Юга и Юго-Восточной Азии, Африки, Центральной и Южной Америки. Данные об истинной распространенности бруцеллеза среди населения Узбекистана отсутствуют, что связано не только с низкой обращаемостью сельских жителей за медицинской помощью, уменьшением частоты плановых диспансерных обследований людей, работающих в животноводстве, но и с несовершенством лабораторной диагностики бруцеллеза, особенно его хронических форм. До настоящего времени эпидемическая ситуация по бруцеллезу в нашей стране остается достаточно напряженной и характеризуется периодическими колебаниями интенсивности эпидемического процесса [3, 5, 9]. Анализ эпидемиологических данных показывает, что заболеваемость людей бруцеллезом напрямую связана с эпизоотиями данного заболевания среди сельскохозяйственных животных. Несмотря на проведение широкого комплекса санитарно-ветеринарных мероприятий и оздоровление существующих неблагополучных по бруцеллезу хозяйств, в нашей стране постоянно регистрируются новые. Клинические проявления весьма разнообразны и могут выражаться лихорадкой или длительным субфебрилитетом, ознобом, повышенной потливостью, гепатоспленомегалией, поражением опорно-двигательного аппарата (в виде артритов, миозитов, бурситов, тендовагинитов, периоститов, перихондритов), нервной, сердечно-сосудистой, урогенитальной и других систем организма. В очагах инфекции нередко встречается латентный бруцеллез [4, 8, 11].

Несмотря на сравнительно невысокий уровень официально регистрируемой заболеваемости людей бруцеллезом в нашей стране, в

связи с объективными трудностями диагностики инфекции истинное количество больных выше. При диагностике бруцеллеза учитывают эпидемиологический анамнез, клинические данные и результаты лабораторного обследования. Последнее включает бактериологические, серологические и аллергологические методы. Материал для исследований - кровь, моча, грудное молоко, пунктат костного мозга. Для выявления применяют антител к бруцеллам в сыворотке крови используют реакцию Райта, реакцию агглютинации Хеддельсона, реакцию Кумбса, ИФА и др. Из аллергологических методов используют реакцию Бюрне путем внутрикожного введения бруцеллина, дающего результат к концу 1 месяца от момента постановки пробы. В специальных лабораториях возможно проведение бактериологических исследований. Выделение культуры бруцелл от больных является несомненным подтверждением диагноза [5, 9, 12]. Основная задача по выявлению и лечению бруцеллеза возложена на врачей-инфекционистов. Однако в связи с отсутствием специфичной клинической симптоматики и первичной обращаемостью населения (особенно сельского) за медицинской помощью к врачам-терапевтам весьма важно знание ими данной нозологии, соотнесения данных анамнеза (в первую очередь, профессионального и эпидемиологического) с разнообразными проявлениями заболевания.

**Цель исследования:** при полисиндромных проявлениях хронического бруцеллёза своевременно поставить диагноз на первичных звеньях здравоохранения.

**Материал и методы исследования:** ретроспективный анализ истории больного с диагнозом «Хронический бруцеллез с поражением костно-суставной системы. В стадии обострения. Хронический пиелонефрит» за 2018 г. Методом выборки проведен клинико-эпидемиологический анализ госпитализированного больного с бруцеллезом.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Приведем клинический случай из практики.

Больной М., 45 лет, житель одной из сельских районов Самаркандской области, обратился к участковому терапевту с жалобами общей слабости, головных болей, периодически повторяющихся болей внизу живота и учащенного, болезненного мочеиспускания. Болеет в течение 15 дней. Жалобы были на повышение температуры до 39 С, с озноб, боли в коленных, локтевых и тазобедренных суставах, а также в поясничной области и внизу живота, частое мочеиспускание, отмечались боли во время мочеиспускание, слабость.

С анамнеза уточнили следующие перенесенные хронические заболевания: хронический пиелонефрит, хронический простатит, артрит коленного, тазобедренного и локтевого суставов (более 5 лет). В 2015 году проведено эндоскопическая операция по удалению аппендикса (аппендэктомия). Он работает ветеринарным врачом, указывает на

профессиональный контакт с животными, не отрицает случайной контакт без перчаток с животными. Вредных привычек не имеет. При объективном осмотре выявлено малоподвижные безболезненные шейные и подмышечные лимфатические узлы размером 4-5 мм эластичной консистенции. На основании жалоб, данных анамнеза поставлен предварительный диагноз:

Хронический пиелонефрит. В стадии обострения. Соп: Хронический простатит. Больной сперва лечился самостоятельно, симптоматическими средствами. Дома принимал амоксиклав, канефрон и нимесил виде порошка. В связи с отсутствием результата была госпитализирована в терапевтическое отделение районной больницы с предварительным диагнозом «Обострение хронического пиелонефрита». При обследовании в стационаре были выявлены гепатомегалия, спленомегалия и изменения общий анализа мочи. В стационаре ему назначили комбинация двух антибиотиков (цефтриаксон и левофлоксацин), антигистамины, нестероидные противовоспалительные препараты. После проведенной терапии общее состояние больного немного улучшилось: прекратился озноб, уменьшились боли в пояснице и головные боли, температура тела упала до субфебрильных цифр. Однако после проведенного лечения полного выздоровления не было, поэтому было рекомендовано обратиться к врачу-инфекционисту для уточнения диагноза. После осмотра инфекциониста было принято решение о госпитализации больного в инфекционный стационар для верификации диагноза. При этом, учитывая сохранение длительного субфебрилитета, персистирующий суставной синдром, особенности профессионального анамнеза (работа ветеринар врачом) было высказано подозрение на бруцеллез.

**Результаты анализа при поступлении.** Общий анализ крови:, Нв -76 г/л, эритроциты  $2,87 \cdot 10^{12}$  /л, тромбоциты  $262 \cdot 10^6$ /л. Количество лейкоцитов в крови составило  $10,4 \cdot 10^9$  /л, СОЭ -47 мм/ч. Свертываемость крови по Сухареву - начало 2" 35 сек конец 3" 25 сек.

В биохимическом анализе крови: АСТ - 2,40 мк/моль/л, АЛТ -3,80 мк/моль/л, билирубин -13,9 мкмоль/л, прямой билирубин -5,3 мкмоль/л, щелочная фосфатаза -506 ммоль/л, глюкоза -5,5 мм/л, креатинин - 599 ммоль/л (норма 45 - 105 ммоль/л), мочевины - 23,7 ммоль/л (норма 1,8 -6,4 ммоль/л).

Общий анализ мочи: мутная, с осадками. Белок-0,33 г/л, слизь++, лейкоциты 4-6-8-10 в.п.з. Эритроциты 2-4-6 в.п.з.

Анализ мочи по Нечипоренко: Лейкоциты -8500/мл, Эрит -5000/мл, цилиндры –в малом количестве.

Ревмапроба: С-реактивный белок -10,4 мг/л, ревматоидный фактор -72 МЕ/мл, антистрептолизин О -61,6 U/ml.

Реакция Хеддельсона положительная, реакция Райта положительная в титре 1:800. Бак посев: пол. УЗИ: увеличение селезенки, явления хронического пиелонефрита. Диффузные изменения печени.

Правильно собранный эпидемиологический анамнез важен при определении случая хронического бруцеллеза. На основании клинико-анамнестических данных, отягощенного профессионально-эпидемиологического анамнеза, результатов лабораторной и инструментальной диагностики был поставлен заключительный клинический диагноз:

Хронический бруцеллез с поражением костно-суставной системы. Стадия обострения. Хронический пиелонефрит. В стадии обострения.

Была назначена антибактериальная терапия в виде цефепима внутривенного введения в сутки по 1,0\*2 раза, доксициклина по 1,0 г х 2 раза в сутки и фурамага по 1 капс 2 раза в сутки. С целью патогенетической терапии назначено антигистаминные, нестероидные противовоспалительные препараты, дезинтоксикационная терапия. Местно назначили мазь ортофена. На фоне проводимой терапии состояние больного постепенно улучшилось: температура нормализовалась, боли в поясничной области и суставах стали затихать, а затем исчезли. К выписке СОЭ 20 мм/ч, СРБ 2,5 мг/л, креатинин 69 ммоль/л, ревматоидный фактор 18 мЕ/мл. Нормализовалось анализ мочи. Реакция Райта снизилось до 1:200. Проведено осмотр нефролога, терапевта, кардиолога. При выписке рекомендуется повторное серологическое обследование и УЗИ органов брюшной полости в динамике, а также амбулаторные консультации нефролога, терапевта и инфекциониста через 3 месяца.

**Заключение:** В данном клиническом случае учитывается важность полного анамнеза и обследования больных с полисиндромными проявлениями. Участковой врач-терапевт должен помнить о том, что генез суставного синдрома на фоне неспецифических проявлений интоксикационного синдрома может иметь не только ревматическую природу, но в сочетании с имевшими место особенностями профессионального и эпидемиологического анамнеза необходимы углубленный направленный диагностический поиск бактериальной этиологии и специфическое лабораторное подтверждение заболевания. Своевременная диагностика увеличивает эффект от терапии и снижает вероятность развития хронических форм инвалидности.

### *Список литературы*

1. *Арашова Г.А., Бобожджаев С.Н.* Клинико-эпидемиологические особенности бруцеллёза // Российская научно-практическая конференция, 2008. № 4. Часть 1. С. 14-15.

2. *Ахмедова М.Д., Арашова Г.А., Облокулов А.А.* Иммунологические показатели при остром бруцеллёзе // Российская научно-практическая конференция с международным участием, 2009. № 1. Часть 1. С. 33-34.
3. *Худойдодова С.Г., Арашова Г.А., Нарзуллаева М.К.* Пробиотики в лечении лямблиоза // Международный Евроазиатский конгресс по инфекционным болезням, 2008. № 2. Том 1. С. 250-253.
4. *Касимов И.А., Шаджалилова М.С., Фарманова М.А., Шомансурова Ш.Ш.* Бруцеллез инфекциясининг клиник-эпидемиологик хусусиятлари ва иктисодий жихатларини баҳолаш// Тиббиётда янги кун, 2020. № 2 (30). С. 396-400.
5. *Мансурова М.Х., Атаева М.А., Саъдуллаева Г.У.* Features of the course of disease in reacting positively to brucellosis // Вестник врача. Samarkand, 2015. № 2. P. 8-11.
6. *Мансурова М.Х., Саъдуллаева Г.У.* Control measures for brucellosis // Замонавий инфектология: юкумли ичак вирусли ва паразитар касалликларнинг даволашига замонавий ёндашув. Республика илмий анжуман. Ургенч, 2017. С. 115-116.
7. *Ниязова Т.А., Облокулов А.Р., Магзумов Х.Б., Тохтамуродов Х.Д., Бобожонов Ш.Ж.* Резидуал бруцеллёзни даволаш самарадорлигини ошириш. // Тиббиётда янги кун, 2020. № 2(30). С. 473-476.
8. *Облокулов А.Р., Ниязова Т.А., Мирзажанова Д.Б., Нуруллаев Р.Р.* Клиническая эффективность применения экидистена при первично хроническом бруцеллезе // Инфекция иммунитет и фармакология, 2014. № 3-2. С. 32-37.
9. *Рахимова Ш.Ш., Арашова Г.А., Худойдодова С.Г.* Иммунологические показатели при остром бруцеллёзе // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2011. Часть 1. № 1. С. 299-301.
10. *Фарманова М.А., Касимов И.А., Атажаджаева Д.Р., Зайниддинова М.Б.* Бруцеллез касаллигининг клинко-эпидемиологик хусусиятлари // Тиббиётда янги кун, 2020. № 1(29). С. 436-439.
11. *Холмуратов У.К., Рустамова Ш.А., Ярмухаммедова Н.А.* «Клинко эпидемиологические аспекты течения бруцеллёза за последние годы по Самаркандской области» Журнал «Вестник науки и образования». Декабрь, 2019. № 33(83). 120-126 с.
12. *Ярмухаммедова Н.А., Джураева К.С., Самибаева У.Х., Шодиева Д.А., Баҳриева З.Ж.* «Клинко-эпидемиологические аспекты нейробруцеллёза по данным областной инфекционной больницы города Самарканда». Журнал "Вестник науки и образования", 2020, июль. № 14 (92). С. 61-66.