

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

Кафедра внутренних болезней по интернатуре

СРС на тему:

# **БРУЦЕЛЛЕЗНЫЙ АРТРИТ**

Выполнила: Жетемекова С.Ж.

Группа 775

Проверила: Карина К.К.

Астана, 2015

Бруцеллез - зоонозное инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся общей интоксикацией, поражением опорно-двигательного аппарата, нервной и половой систем.

Источником заражения являются козы, овцы, крупный рогатый скот, свиньи.

Известно 6 типов бруцелл. Наибольшую опасность для человека представляют бруцеллы "козьего типа" (*Br. melitensis*) - возбудители так называемой "мальтийской лихорадки", затем бруцеллы крупного рогатого скота (*Br. abortus bovis*) и свиней (*Br. abortus suis*). Инфицирование человека происходит двумя путями: 1) при употреблении сырого молока (особенно козьего) больных животных; 2) в результате прямого контакта с больными животными, через микроповреждение кожи, например, во время помощи при отелах, ягнении и т.д.

Инкубационный период длится от 6 до 30 дней. Попадая в желудок, бруцеллы частично гибнут под влиянием желудочного сока, частично переходят в кишечник. Оттуда по току лимфы они проникают в мезентериальные и забрюшинные лимфоузлы, где начинают активно размножаться. В конце инкубационного периода происходит прорыв бруцелл в кровоток с развитием бактериемии.

Бруцеллы оседают в органах, богатых ретикуло-эндотелиальной тканью (костный мозг, селезенка, печень, периферические лимфатические узлы). Там происходит дополнительное размножение бруцелл с повторным поступлением в кровь. В пораженных органах образуются специфические бруцеллезные грануломы.

Течение бруцеллеза может быть острым, подострым и хроническим.

Заболевание начинается с лихорадки, которая у многих больных к 6-8 дню достигает весьма высокого уровня ( $t: 39-40^{\circ} \text{C}$  и более) и сохраняется в течение 25-40 дней, нередко нося волнообразный характер. Появляются симптомы интоксикации: вялость, заторможенность. Вскоре происходит увеличение практически всех периферических лимфоузлов (полиаденит), селезенки и печени. Развиваются признаки токсико-воспалительного поражения нервной системы (моно- и полиневриты, плекситы, расстройство психики) и половой сферы (орхиты, эпидидимиты, сальпингоофориты и др.).

Важным атрибутом клинической картины бруцеллеза является поражение опорно-двигательного аппарата, которое возникает либо в раннем периоде, в первые 2-3 недели, либо на протяжении года от начала заболевания.

Заболевание наиболее часто возникает у мужчин 25-40 лет. Воспаление суставов - моноолигоартрит - отмечается у 90 % больных бруцеллезом. Обычно наблюдаются опухание суставов вследствие экссудативных процессов, повышение местной температуры.

При инфицировании сустава бруцеллами процесс быстро прогрессирует, возникают грубые разрушения костной ткани с развитием анкилоза сустава.

Синовиальная жидкость имеет серозно-гнойный вид и содержит бруцеллы.

Лучезапястные, межфаланговые суставы поражаются у 10-15%, локтевые-у 25-30%, тазобедренные-у 8-10 %, коленные - у 30-40 %, крестцово-подвздошные - у 45-50 % больных.

Большинство специалистов часто обнаруживают поражение крестцово-подвздошных суставов; при этом сакроилеит, как правило, двусторонний. Характерно появление воспалительных узловых инфильтратов около суставов с последующим развитием фиброзных образований. Поражение позвоночника чаще наблюдается у мужчин (70 %) и сопровождается оссификацией боковых связок. Для бруцеллеза характерны поражения внесуставных мягких тканей: периартриты, бурситы, тендовагиниты, фасциты, миозиты, возникающие на фоне высокой температуры тела. Часто отмечается ахиллодиния.



Рентгенологически при токсико-аллергических формах бруцеллезного артрита изменений не выявляется. Инфицирование сустава гематогенным путем приводят

к развитию деструктивных изменений, но разрушение костной ткани (остеолиз) наблюдается редко. Рентгенологические изменения чаще выявляются в локтевых

и коленных суставах: очаговый остеопороз, сужение суставной щели, краевая узурация, склеротические изменения. Поверхности крестцово-подвздошных суставов обычно неровные, изъедены, обнаруживаются округлой формы очаги деструкции, сужение суставных щелей и их анкилоз.

При бруцеллезном спондилоартрите поражается несколько позвонков (краевые узуры, зазубренность поверхности тел позвонков, асимметричные небольших размеров краевые остеофиты, уменьшение межпозвонковых дисков). Деструкция

костной ткани с одной стороны позвонка может способствовать развитию бокового смещения.

Лабораторные исследования. В крови увеличение СОЭ в пределах 25-35 мм/ч, лейкопения с относительным лимфоцитозом. Проводят иммунологические исследования: реакции Райта и Хадельсона, реакцию связывания комплемента, реакцию пассивной гемагглютинации, определение опсонинной активности (количество опсонов в сыворотке крови).

Показано бактериологическое исследование крови, костного мозга, мочи, лимфатических узлов. Однако ответ при посеве можно получить только спустя 25-30 дней, поскольку бруцеллы растут медленно. Результаты кожной пробы Бюрне учитывают через 24-48 ч, так как раньше она может иметь неспецифический характер.

Оперативной диагностике помогает выделение бруцелл из крови, синовиальной жидкости, лимфатических узлов. Начиная с 9-12 дня, можно рассчитывать на информативность специфических серологических тестов (реакций Райта и Хеддльсона) и подкожной пробы Бюрне с бруцеллином.

Как упоминалось выше, ранний бруцеллезный артрит возникает через 2-3 недели от начала заболевания, т.е. тогда, когда специфические пробы на бруцеллез уже начинают "работать". За доказательный титр принимают реакцию Райта в разведении 1:200. Проба Бюрне считается положительной, если зона гиперемии имеет размер не менее 3x2,5 см (результаты учитываются через 24-48 часов).

Основные диагностические признаки:

моноолигоартрит, сопровождающийся

поражением околоуставных мягких тканей и наличием озноба, повышения температуры тела, повышенной потливости; воспалительные изменения в суставе

в отсутствие изменений на рентгенограмме, поражение 2-3 позвонков с деструкцией поверхности их тел и оссификацией боковых межпозвоночных связок; обнаружение бруцелл в синовиальной жидкости, положительные реакции

Райта, Хадельсона, связывания комплемента, опсонинной активности, обнаружение бруцелл в крови, мокроте, костном мозге, моче. лимфатических узлах.

При дифференциальной диагностике бруцеллезного артрита надо иметь в виду три ключевых момента, сопутствующих воспалению суставов: 1) увеличение селезенки и печени; 2) увеличение всех периферических лимфоузлов; 3) гранулоцитопения с относительным лимфоцитозом свыше 40%. Не рискуя ошибиться, можно утверждать, что такая комбинация несвойственна ни одному из других воспалительных заболеваний суставов.

Бруцеллезный спондилит с упорными болями в спине в ряде случаев требует дифференциации от болезни Бехтерева и туберкулеза позвоночника.

Приведенная выше триада служит основой и для их разграничения. Помимо этого следует учитывать и некоторые другие отличительные особенности. При болезни Бехтерева всегда имеется клиника двустороннего сакроилеита (боли в крестце, ягодицах, бедрах), тогда как при бруцеллезе поражение крестцово-подвздошных сочленений является только рентгенологической находкой.

Если рентгенологическая картина напоминает туберкулез позвоночника, необходимо принять во внимание, что туберкулезный процесс в подавляющем большинстве случаев локализуется в IX- X грудных позвонках, а бруцеллезный спондилит, как правило, поражает III и IV поясничные позвонки.



## Лечение

Рекомендуются антибиотики: левомецетин 1000мг х 3 раза в день, тетрациклин 0,25г каждые 6 часов, стрептомицин 1г х 2 раза в день.

Внутривенно вводят вакцину 1-2 мл, через 2 дня 5 мл и в дальнейшем с тем же интервалом увеличивают дозу до 125 мл.

Введение антибиотиков продолжается более месяца. В качестве вспомогательных средств используются НПВП (метиндол, ибупрофен, вольтарен, бутадион и др.).

При хроническом течении заболевания большие надежды возлагались на вакцинотерапию, но, как оказалось, ее эффективность невелика.