

ЮКГФА

Тема: Бруцеллезный артрит и спондилит.
Клинические проявления. Дифференциальный
диагноз. Принципы лечения.

Козбакова Ж 704-ТКБ

ПЛАН:

- Определение
- Причины
- Симптомы
- Диагностика
- Лечение

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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

ПРИЧИНЫ

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 гранулемы.

СИМПТОМЫ

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, сальпинго-оофоро-риты 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.

Периферический артрит наблюдается у 90% больных, а у 30-40% вовлекаются и крестцово-подвздошные сочленения. Правда, сакроилеит почти никогда не сопровождается клинической симптоматикой.

Воспалительный процесс затрагивает только крупные суставы, протекает по типу олиго- или полиартрита. Непосредственное инфицирование суставов, с развитием серозно-гнойного артрита, значительным нарушением костной структуры и анкилозом, встречается редко - в 2-7%. У большинства больных бруцеллезные артриты можно отнести, по-видимому, к числу реактивных или токсико-аллергических. Они имеют благоприятное течение. При своевременно начатом лечении функция суставов полностью восстанавливается. Помимо артрита, часто отмечаются бурситы, тендовагиниты, лигаментиты, периартриты, особенно в области плечевых, тазобедренных суставов, пяточных костей, ахиллова сухожилия.

Достаточно характерной чертой заболевания является спондилит. Он, как правило, ограничивается поражением III и IV поясничных позвонков и лишь в виде исключения распространяется на грудной и шейный отделы. В этих случаях на первый план выступает боль в пояснице и спине, которая усиливается при надавливании на соответствующие остистые отростки.

Рентгенография при реактивных (токсико-аллергических) бруцеллезных артритах не несет какой-либо специфической информации или фиксирует неспецифические изменения - субхондральный остеопороз. При инвазивных артритах, кроме остеопороза, отмечаются сливающиеся друг с другом очажки деструкции, сужение суставной щели. Развивается та или иная степень анкилоза, вплоть до полного.

В крови отмечаются гранулоцитопения с лимфоцитом - до 80%. СОЭ начинает увеличиваться только на 3 неделе болезни.

ДИАГНОСТИКА

Если говорить о бруцеллезе вообще, то его диагноз представляет значительные трудности прежде всего в первые 9-12 дней, когда от специфических проб нельзя ждать положительных результатов.

Заподозрить бруцеллез и соответственно бруцеллезный артрит (спондилит) можно на основании следующих данных:

Профессия, предполагающая постоянный контакт со скотом (ветеринарные врачи, зоотехники, доярки и т.д.).

Эпидемиологические предпосылки - пребывание за 1-4 недели до заболевания в местности с бруцеллезной эпизоотией или употребление сырого, прежде всего козьего, молока.

Несоответствие между значительной температурной реакцией и достаточно удовлетворительным состоянием больного.

Сочетание высокой лихорадки, сопровождающейся ознобами и обильными потами, с увеличением практически всех периферических лимфоузлов, селезенки и печени.

Лейкопения (гранулоцитопения) с относительным лимфоцитозом, превышающим 40%.

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".

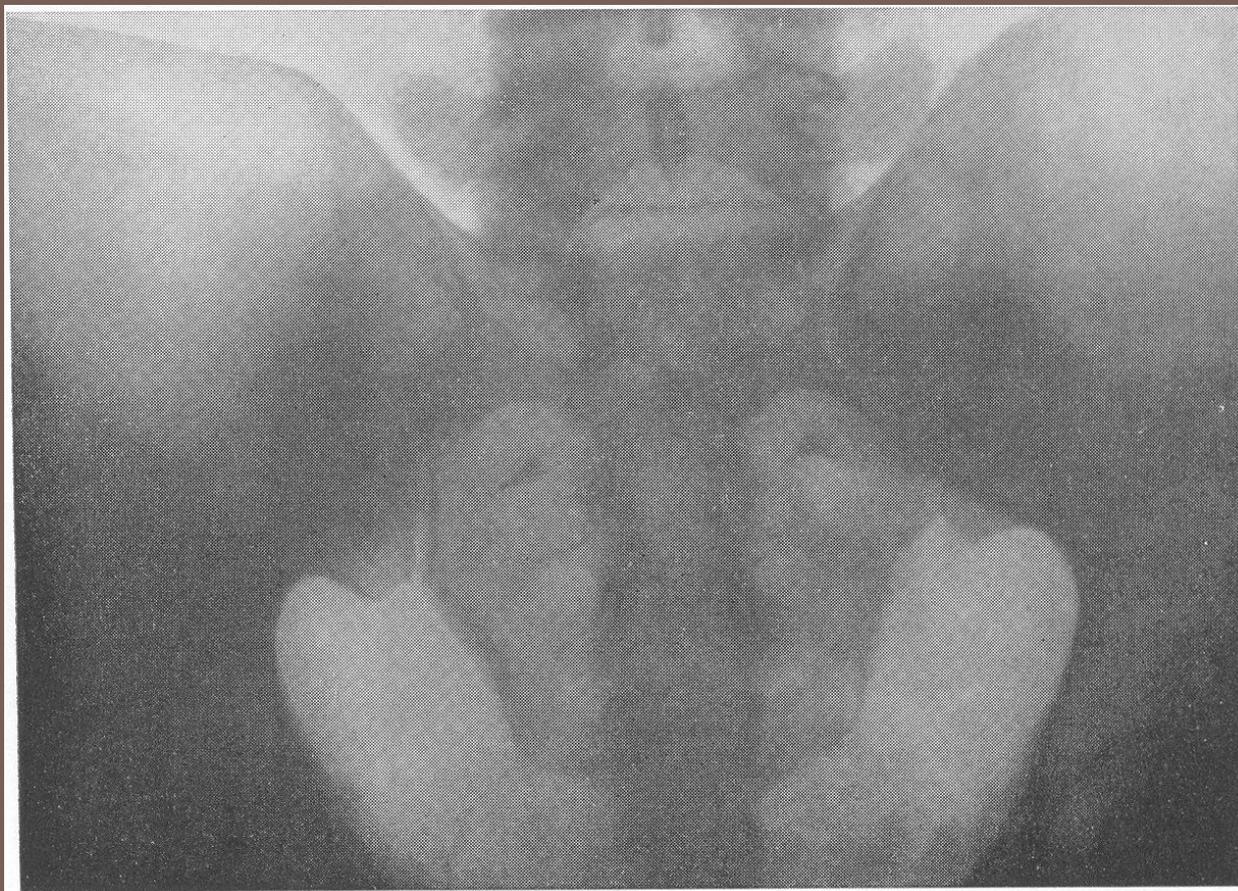
За доказательный титр принимают реакцию Райта в разведении 1:200. Проба Бюрне считается положительной, если зона гиперемии имеет размер не менее 3x2,5 см (результаты учитываются через 24-48 часов).

При дифференциальной диагностике бруцеллезного артрита надо иметь в виду три ключевых момента, сопутствующих воспалению суставов:

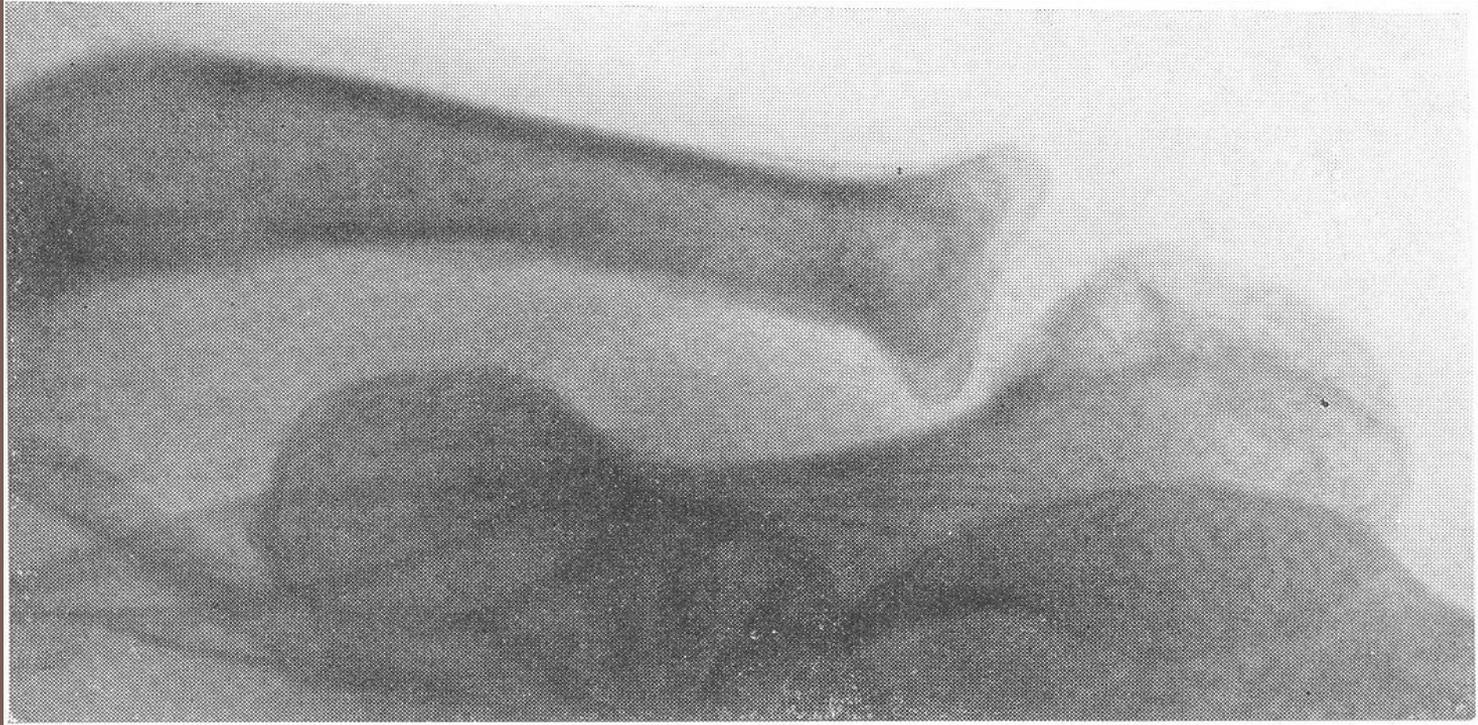
- 1) увеличение селезенки и печени;
- 2) увеличение всех периферических лимфоузлов;
- 3) гранулоцитопения с относительным лимфоцитозом свыше 40%.

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.



Левосторонний бруцеллезный сакроилеит у 35-летнего мужчины. Богатая клиническая картина общего заболевания. Реакция Бюрне положительна. Деструктивные изменения преимущественно в подвздошной кости соответственно средней трети крестцово-подвздошного сочленения.



Бруцеллезный остеоартроз левого акромио-ключичного сустава у мужчины с типичным общим бруцеллезом.
Положительная реакция Бюрне

ЛЕЧЕНИЕ

В острый период — полный покой, теплая иммобилизирующая повязка, удобное положение в постели, внимательный уход. Для уменьшения аллергических проявлений болезни и облегчения болей — пирамидон по 0,26 4—6 раз в день, аспирин по 1,0 3—4 раза в день, салицилаты. В острый период целесообразно внутривенное введение цилотропина (соединение 40% раствора уротропина, 16—20% салицилового натрия и 4% кофеина) по 2-6 см³ в день в течение нескольких дней. Вакциноterapia большими дозами. В случае неудачи указанной терапии — комбинация вакцинотерапии и сальварсана. Местно сухое тепло в виде ватно-марлевых сухих компрессов, осторожное прогревание лампой Минина, соллюксом.

При стихании острых явлений — те же процедуры в более интенсивных дозировках, например, соллюкс 2 раза в день по 15—20 минут. Для лечения упорных хронических форм, подострых и хронических остеоартритов — диатермия, электрическое поле УВЧ, грязевые, парафиновые аппликации в Дозировках, обычных для лечения подострых и хронических артритов (см. Лечение инфектарtritов). При уменьшении острых воспалительных явлений — лечебная гимнастика, массаж (желательно в комбинации с тепловыми процедурами). Питание в соответствии с общей картиной болезни и картиной воспалительного процесса (см. Лечение ревматических артритов). При комбинации бруцеллезных артритов с поражением периферических нервов (что наблюдается в ряде случаев), сердечно-сосудистой системы, женской половой сферы показано для хронических и вяло текущих подострых форм лечение сероводородными ваннами как искусственными, так и натуральными (например, на курорте Сочи-Мацеста).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

-ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ
СУСТАВОВ (В. М. ЧЕПОЙ)

-Медицинская учебная литература:

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ.