

УДК 616.981.42-07-08

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЁЗА С ПОРАЖЕНИЕМ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТКИ ИЗ
ЭНДЕМИЧНОГО РЕГИОНА***

Хуснутдинова Г.Д.,

студентка 5 курса педиатрического факультета,

Ижевский государственный медицинский университет,

Ижевск, Россия

Хасанишина Г.Р.,

студентка 5 курса педиатрического факультета,

Ижевский государственный медицинский университет,

Ижевск, Россия

Караваев П.С.,

Ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии,

Ижевский государственный медицинский университет,

Ижевск, Россия

Тюлькина Н.В.,

врач-инфекционист высшей квалификационной категории,

Ижевск, Россия

Аннотация. В статье представлен клинический случай острого бруцеллеза с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата у пациентки 55 лет, длительно проживающей в эндемичном регионе. Заболевание
Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМН Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

дебютировало с высокой лихорадки, выраженных суставных и мышечных болей. Первоначальная антибактериальная терапия привела к купированию лихорадки, однако болевой синдром сохранялся. Диагноз верифицирован серологически (реакция Райта 1/400 +++, реакция Хеддельсона +) и инструментально (КТ — симфизит, остеоартроз). Своевременная диагностика позволила назначить адекватную комбинированную этиотропную терапию. Клиническое наблюдение демонстрирует важность учета эпидемиологического анамнеза и настороженности в отношении бруцеллеза у пациентов с суставным синдромом, прибывающих из эндемичных регионов.

Ключевые слова: бруцеллез, суставной синдром, симфизит, реакция Райта, эпидемиологический анамнез.

CLINICAL CASE OF ACUTE BRUCELLOSIS WITH MUSCULOSKELETAL INVOLVEMENT IN A PATIENT FROM AN ENDEMIC REGION

Khusnutdinova G.D.,

5th-year student of the Pediatric Faculty,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Khasanshina G.R.,

5th-year student of the Pediatric Faculty,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Karavaev P.S.,

Assistant of the Department of Infectious Diseases and Epidemiology,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Tyulkina N.V.,

infectious disease physician of the highest qualification category,

Izhevsk, Russia

Abstract. The article presents a clinical case of acute brucellosis with predominant musculoskeletal involvement in a 55-year-old female patient with long-term residence in an endemic region. The disease manifested with high fever, severe joint and muscle pain. Initial antibacterial therapy led to fever resolution, but pain syndrome persisted. The diagnosis was verified serologically (Wright test 1/400 +++, Huddleson test +) and instrumentally (CT — symphysisitis, osteoarthritis). Timely diagnosis allowed for adequate combined etiotropic therapy. This clinical observation demonstrates the importance of considering epidemiological history and vigilance regarding brucellosis in patients with joint syndrome from endemic regions.

Key words: brucellosis, joint syndrome, symphysisitis, Wright test, epidemiological history.

Бруцеллез — зоонозное инфекционное заболевание, характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений и склонностью к хронизации. Бруцеллёз на современном этапе рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как один из наиболее опасных и распространенных зоонозов в мире. Ежегодно более чем в 170 странах регистрируется свыше 500 тыс. случаев заболевания людей [8]. Естественным резервуаром возбудителя являются сельскохозяйственные животные. Наиболее широко заболевание распространено в странах Центральной Азии, Средиземноморья и Южной Америки [5]. В Российской Федерации случаи бруцеллеза регистрируются преимущественно в субъектах Северо-Кавказского и Южного федеральных округов, однако завозные формы встречаются повсеместно [2, 6].

За последние несколько десятилетий география распространения бруцеллезной инфекции постоянно расширялась. Вспышки бруцеллеза среди людей и животных все чаще регистрируются на территориях, относительно благополучных по этой инфекции [4]. Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации по бруцеллезу на протяжении последних лет не имеет тенденции к улучшению. Эпизоотическое неблагополучие по бруцеллезу и нарушения санитарно-гигиенических норм и правил при ведении животноводства являются главными причинами широкого распространения данной инфекции [6].

Клинические проявления бруцеллеза весьма разнообразны: лихорадка, повышенная потливость, гепатоспленомегалия, поражение опорно-двигательного аппарата (артриты, бурситы, тендовагиниты, спондилиты), нервной и урогенитальной систем [9]. Суставной синдром при бруцеллезе может имитировать ревматические заболевания, что нередко приводит к диагностическим ошибкам на этапе первичного обращения к терапевту [1].

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Клинический случай. Пациентка О., 55 лет, жительница одного из районов, госпитализирована в инфекционное отделение с жалобами на выраженную слабость, боли в костях таза и крупных суставах (преимущественно локтевых и плечевых). Повышение температуры тела в момент осмотра не ощущает. Из анамнеза заболевания: Заболела остро около 1 месяца назад, находясь в одной из стран Центральной Азии. Отметила подъем температуры до 39°C с ознобом, сильные мышечные и суставные боли. Госпитализирована в местный стационар, получала 10-дневный курс комбинированной антибиотикотерапии (доксциклин + рифампицин). На фоне лечения температура тела снизилась, однако боли в суставах и костях таза

сохранились. В связи с сохранением симптомов после возвращения обратилась за медицинской помощью, где при серологическом обследовании получены положительные результаты: реакция Хеддельсона +, реакция Райта 1/400 (+++). Направлена на госпитализацию для продолжения лечения. Причина госпитализации — отсутствие полного эффекта от лечения.

Из анамнеза жизни: Проживает 10 месяцев в году в стране Центральной Азии, 2 месяца — в РФ. Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, хронический панкреатит. Оперативные вмешательства: кесарево сечение, миомэктомия (даты не уточнены). Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Постоянной медикаментозной терапии не получает.

Эпидемиологический анамнез: Длительно проживает в регионе, эндемичном по бруцеллезу. Содержит коз, регулярно употребляет в пищу некипяченое козье молоко. Отмечает, что козы болели (проводилось обследование на бруцеллез), животных уничтожили. Контакт с инфекционными больными отрицает. Условия проживания: благоустроенная квартира в РФ, частный дом в стране Центральной Азии. Объективный статус при поступлении: Состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного, астенического и болевого синдромов. Сознание ясное, положение активное. Температура тела 37,4°C, пульс 90 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст., ЧДД 18 в мин, сатурация 98%. Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности, патологических высыпаний нет. Видимые слизистые оболочки чистые. Миндалины не увеличены. Лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет.

При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии и

правом подреберье. Язык влажный, обложен белым налетом. Печень пальпируется по краю реберной дуги, болезненна. Селезенка не пальпируется. Симптом сотрясения поясничной области отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Менингеальные симптомы отсутствуют. Суставы при осмотре внешне не изменены, пальпаторно безболезненны, однако пациентка активно предъявляет жалобы на боли в костях таза и крупных суставах.

Данные лабораторных и инструментальных исследований:

1. Реакция Хеддельсона — положительная (+).
2. Реакция Райта — 1/400 (+++).
3. КТ органов таза (на 3-й день с момента поступления): КТ-признаки симфизита лонного сочленения с элементами остеонекроза суставных поверхностей костей, образующих лонное сочленение, с выраженным увеличением объема и утолщением окружающих мягких тканей. Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового перехода. Признаки остеоартроза сакроидальных сочленений. Признаки двустороннего коксартроза 2 степени по Келлгрону. Атеросклероз подвздошных артерий.

Динамика состояния и лечение:

На основании клинических данных, эпидемиологического анамнеза (проживание в эндемичном регионе, контакт с козами, употребление сырого молока) и результатов серологических реакций был установлен клинический диагноз:

Основной: Бруцеллез, острая фаза, средней степени тяжести.

Осложнения: Бруцеллезный симфизит, бруцеллезный артрит.

Назначена комбинированная этиотропная терапия: доксициклин 100 мг 2 раза/сут, ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут, омепразол 20 мг 2 раза/сут (для гастропротекции).

На фоне проводимого лечения у пациентки отмечалась положительная динамика: купировались ознобы, уменьшился болевой синдром, температура тела нормализовалась. Состояние расценено как удовлетворительное. Выписана на 9-й день с момента поступления с рекомендациями продолжения амбулаторного этапа лечения.

Выписные рекомендации:

1. Наблюдение терапевта и инфекциониста по месту жительства.
2. Продолжить прием ципрофлоксацина 500 мг 2 раза/сут и доксициклина 100 мг 2 раза/сут в течение 35 дней.
3. Контроль анализов (реакция Райта, Хеддельсона) через 2 месяца.
4. При болях — ибупрофен 200 мг 2 раза/сут.
5. Омепразол 20 мг 2 раза/сут (продолжить курс).

Через 3 дня после выписки пациентка обратилась в районную больницу с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (диагноз — другая дорсалгия). Еще через 2 дня обратилась в городскую клиническую больницу с диагнозом «остеохондроз позвоночника», получала амбулаторно симптоматическую терапию (мелоксикам, толперизон, витамины группы В).

Обсуждение. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует трудности диагностики бруцеллеза на этапе первичного обращения за медицинской помощью. Учитывая многообразие клинических форм, возникают определенные сложности с диагностикой заболевания и трактовкой результатов анализов [1]. У пациентки, длительно проживающей в эндемичном регионе и имеющей четкие факторы риска (контакт с козами, употребление сырого молока), заболевание дебютировало с лихорадки и выраженного суставного синдрома. Первоначальная терапия комбинацией антибиотиков привела к купированию лихорадки, однако болевой синдром сохранялся, что создало ложное впечатление о неэффективности лечения или о ревматической природе заболевания.

Диагноз был подтвержден с помощью классических серологических реакций Райта и Хеддельсона, которые остаются основными методами лабораторной диагностики бруцеллеза в клинической практике [2,5]. Положительные результаты в сочетании с характерным эпидемиологическим анамнезом позволили верифицировать диагноз.

Важной особенностью данного случая является поражение опорно-двигательного аппарата с вовлечением лонного сочленения (симфизит) и признаками остеонекроза, что подтверждено данными КТ. Остеоартикулярный бруцеллез считается наиболее частым осложнением хронической инфекции. Клинические проявления могут варьировать от умеренных артралгий до тяжелых деструктивных поражений позвоночника [7]. Поражение костно-суставной системы при бруцеллезе встречается в 20–60% случаев и может проявляться в виде артритов, сакроилеитов, спондилитов и остеомиелитов [4]. Симфизит является относительно редким, но характерным осложнением, которое может приводить к выраженному болевому синдрому и нарушению функции тазового кольца. Наличие остеонекроза является неблагоприятным прогностическим признаком, указывающим на выраженность воспалительного процесса. В литературе описаны случаи развития аваскулярного некроза головок бедренных костей как осложнения бруцеллеза, что подчеркивает тяжесть поражения опорно-двигательного аппарата при этой инфекции [10].

Обращает на себя внимание тот факт, что пациентка после выписки из инфекционного стационара продолжала испытывать боли в пояснично-крестцовой области и была госпитализирована уже с диагнозом «остеохондроз позвоночника» и «дорсалгия». Это демонстрирует сохраняющуюся диагностическую сложность и необходимость дифференциальной диагностики между бруцеллезным поражением позвоночника (спондилит, сакроилеит) и дегенеративно-дистрофическими

заболеваниями, особенно у пациентов с подтвержденным диагнозом бруцеллеза. В таких случаях показано проведение МРТ или КТ позвоночника для исключения специфического спондилита [10].

Назначенная комбинированная терапия (доксциклин + ципрофлоксацин) соответствует современным клиническим рекомендациям по лечению бруцеллеза [2]. Длительность курса (не менее 6 недель) обусловлена необходимостью эрадикации возбудителя и предотвращения хронизации инфекции.

Заключение. Представленный клинический случай свидетельствует о необходимости настороженности в отношении бруцеллеза у пациентов с суставным синдромом, длительной лихорадкой или субфебрилитетом, особенно при наличии эпидемиологических факторов риска (проживание в эндемичных регионах, контакт с сельскохозяйственными животными, употребление сырого молока). Своевременная постановка диагноза и назначение адекватной комбинированной антибактериальной терапии позволяют предотвратить хронизацию инфекции и развитие тяжелых инвалидизирующих осложнений, таких как остеонекроз и деструктивные изменения суставов. Врачам первичного звена следует помнить, что бруцеллезный симфизит и спондилит могут маскироваться под дегенеративные заболевания позвоночника, что требует обязательного инструментального подтверждения (КТ, МРТ). Учитывая, что бруцеллез остается одной из наиболее распространенных зоонозных инфекций в мире и представляет серьезную медико-социальную проблему [7], повышение настороженности врачей всех специальностей является ключевым фактором ранней диагностики и успешного лечения этого заболевания.

Библиографический список:

1. Благова Н.Н., Худоян З.Г., Кочкина С.С., Егорова Е.Н. Случай бруцеллеза в Ярославской области // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2024. — Т. 29, № 2. — С. 58-60. DOI: 10.52246/1606-8157_2024_29_2_61
2. Дзюба Г.Т., Скурихина Ю.Е., Захарова Г.А., Пономарева А.В. О заболеваемости бруцеллезом в России и в Приморском крае // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2021. — № 4. — С. 50-55. DOI: 10.34215/1609-1175-2021-4-50-55
3. Насибуллин Р.Ю., Тухватуллина Л.А., Богова Я.А., и др. Бруцеллез: его распространение и профилактика // Ветеринарный врач. — 2021. — № 1. — С. 38-45.
4. Пономаренко Д.Г., Матвиенко А.Д., Хачатурова А.А., и др. Анализ ситуации по бруцеллезу в мире и Российской Федерации // Проблемы особо опасных инфекций. — 2024. — № 2. — С. 36-50. DOI: 10.21055/0370-1069-2024-2-36-50
5. Пономаренко Д.Г., Скударева О.Н., Хачатурова А.А., и др. Бруцеллез: тенденции развития ситуации в мире и прогноз на 2022 г. в Российской Федерации // Проблемы особо опасных инфекций. — 2022. — № 2. — С. 36-45. DOI: 10.21055/0370-1069-2022-2-36-45
6. Пономаренко Д.Г., Скударева О.Н., Хачатурова А.А., и др. Заболеваемость бруцеллезом в России: анализ ситуации, нерешенные проблемы и новые угрозы // Проблемы особо опасных инфекций. — 2025. — № 2. — С. 45-52. DOI: 10.21055/0370-1069-2025-2-45-52

7. Раббимова Н.Т. Поражение опорно-двигательного аппарата при хроническом бруцеллезе // South Aral Region Medical Journal. — 2026. — Т. 2, № Maxsus son. — С. 596-599.
8. Солтаева М.А., Джейранова М.О., Битаев А.Р. Профилактика бруцеллеза // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2022. — Т. 12, № 4. — С. 1656.
9. Agranovich N.V., Knyshova S.A., Kotenko K.V., et al. The effectiveness of the use of non-drug treatment complexes and their impact on quality of life indicators, the psychosomatic status of patients with residual brucellosis with lesions of the musculoskeletal system // Voprosy Kurortologii, Fizioterapii i Lechebnoi Fizicheskoi Kultury. — 2022. — Vol. 99, No. 5. — P. 28-35. DOI: 10.17116/kurort20229905128
10. Zangeneh M., Rezvanfar K., Khosravani-Nejad Y., et al. Infection of tendon sheaths, joints, bursae, soft tissue, and tendon rupture by brucella: A case report // Clinical Case Reports. — 2023. — Vol. 11, No. 11. — P. e8157. DOI: 10.1002/ccr3.8157