

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА

Сергеева И. В.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздравоохранения России», Красноярск, Россия (660022, Красноярск, улица Партизана Железняка, дом 1), e-mail: rektorkgmu@rambler.ru

Бруцеллез чаще всего регистрируется в странах и регионах с хорошо развитой животноводческой отраслью сельского хозяйства. Чаще всего заболевают лица молодого трудоспособного возраста, что наносит урон социально-экономической стороне и является ещё одним аспектом актуальности этой проблемы. Бруцеллез – системная инфекция, в которую могут быть вовлечены любой орган или система организма. В России эндемичными районами по бруцеллезу являются: Северный Кавказ, Дагестан, где ежегодные случаи превышают 100 человек на миллион населения, Тыва, Хакасия, Адыгея, Алтайский край, Красноярский край, Ставропольский край, Поволжье, Омская область, Новосибирская область, Ростовская область, а также районы, граничащие со странами Ближнего Востока. Ежегодно в Красноярском крае регистрируется 4–5 новых случаев первично-хронического бруцеллеза, а на территории Хакасии и Тывы регистрируются ежегодно по 2–3 случая острого бруцеллеза. В связи с изменением клинической картины современного бруцеллеза, отличающегося стертой симптоматикой, правильный диагноз может быть установлен только на основании учета эпидемиологического анамнеза, клинического симптомокомплекса и лабораторных исследований.

Ключевые слова: хронический бруцеллез, диагностические ошибки.

MISTAKES IN DIAGNOSTICS OF THE CHRONIC BRUCELLOSIS

Sergeeva I. V.

Krasnoyarsk state medical university of a name of professor V. F. Vojno-Jasenetsky, Krasnoyarsk, Russia (660020, Krasnoyarsk, Street of the Guerrilla of Iron ore, the house 1), e-mail: rektorkgmu@rambler.ru

The brucellosis most often is registered in the countries and regions with well developed livestock branch of agriculture. Most often persons of young able-bodied age that causes a loss to the social and economic party get sick and is one more aspect of relevance of this problem. Brucellosis - a system infection in which any body or organism system can be involved. In Russia endemic areas on a brucellosis are: The North Caucasus, Dagestan, where annual cases exceed 100 people on one million population, Tyva, Khakassia, Adygea, the Altai territory, Krasnoyarsk Krai, Stavropol Krai, the Volga region, the Omsk region, the Novosibirsk region, the Rostov region, and also the areas adjoining on the countries of the Middle East. Annually in Krasnoyarsk Krai 4–5 new cases of a primary and chronic brucellosis are registered, and in the territory of Khakassia and Tyva are registered annually on 2–3 cases of a sharp brucellosis. Due to the change of a clinical picture of the modern brucellosis, differing a stertost of symptoms, the correct diagnosis can be established only on the basis of the accounting of the epidemiological anamnesis, clinical simptomokompleks and laboratory researches.

Keywords: Chronic brucellosis, diagnostic mistakes.

Введение

Бруцеллез чаще всего регистрируется в странах и регионах с хорошо развитой животноводческой отраслью сельского хозяйства. Чаще всего заболевают лица молодого трудоспособного возраста, что наносит урон социально-экономической стороне и является ещё одним аспектом актуальности этой проблемы. Бруцеллез – системная инфекция, в которую могут быть вовлечены любой орган или система организма [1,4,5,6].

В России эндемичными районами по бруцеллезу являются: Северный Кавказ, Дагестан, где ежегодные случаи превышают 100 человек на миллион населения, Тыва, Хакасия, Адыгея, Алтайский край, Красноярский край, Ставропольский край, Поволжье,

Омская область, Новосибирская область, Ростовская область, а также районы, граничащие со странами Ближнего Востока. Ежегодно в Красноярском крае регистрируется 4–5 новых случаев первично-хронического бруцеллеза, а на территории Хакасии и Тывы регистрируются ежегодно по 2–3 случая острого бруцеллеза [2,3].

Цель работы. В связи с изменением клинической картины современного бруцеллеза, отличающегося стертой симптоматикой, правильный диагноз может быть установлен только на основании учета эпидемиологического анамнеза, клинического симптомокомплекса и лабораторных исследований.

Материал и методы исследования. Проанализировав 53 истории болезни за последние 15 лет (с 1994 года по 2009 год), мы выявили, что диагноз первично-хронического бруцеллеза до поступления в инфекционное отделение ГКБ № 6 г. Красноярска своевременно был установлен только у 29 пациентов (54,7 %). Чаще всего первичный диагноз звучал, как «ревматизм» у 7 пациентов (13,2 %), «пояснично-крестцовый радикулит» у 6 пациентов (11,3 %) и «люмбоишиалгия» у 4 пациентов (7,5 %), «нейроинфекция» у 5 пациентов (9,4 %) и 2 пациентам (3,8 %) сначала был выставлен диагноз: «полиартрит неясной этиологии».

Результаты и их обсуждение. Ниже мы хотим привести примеры из анамнеза заболевания обследованных нами пациентов.

История болезни № 1. Больная А., 43 года. На протяжении пяти лет беспокоили боли в крупных суставах нижних конечностей и поясничном отделе позвоночника, потливость, субфебрильная температура. Неоднократно лечилась амбулаторно по поводу ревматизма, затем в терапевтическом отделении Городской больницы г. Уяр и в санатории, после чего наступало временное улучшение. Лишь через пять лет, после того как впервые появились выше перечисленные симптомы, больная была проконсультирована врачом инфекционистом ККБ № 1 г. Красноярска и обследована на бруцеллез, причем серологические реакции Райта и Хеддльсона, а также аллергическая проба Бюрне были резко положительными, что и подтвердило диагноз первично-хронического бруцеллеза. Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что больная работает в разделочном цеху Уярского мясокомбината.

В данном случае такие симптомы, как боли в крупных суставах нижних конечностей при отсутствии в них видимых воспалительных изменений, боли в пояснице, повышенная потливость и длительный субфебрилитет, а также эпидемиологический анамнез служили достаточным основанием для обследования на бруцеллез.

История болезни № 2. Больная В., 39 лет. Заболела четыре года тому назад, когда появились боли в голеностопных и коленных суставах, повышенная потливость, субфебрильная температура. Диагностирован «ревматический полиартрит», по поводу

которого в течение трех месяцев лечилась в терапевтическом отделении без эффекта. Боли в суставах усиливались, появилась деформация голеностопных, коленных и лучезапястных суставов с резким ограничением движения в них. Больная была переведена на 2-ю группу инвалидности. Лишь через четыре года от начала заболевания проконсультирована инфекционистом ККБ № 1 г. Красноярска, который из эпидемиологического анамнеза выяснил систематическое употребление больной перед данным заболеванием сырого молока от домашней, заведомо бруцеллезной коровы. Серологические реакции Райта и Хеддльсона резко положительные, проба Бюрне резко положительная.

В данном случае ошибка в диагнозе явилась следствием пренебрежительного отношения врачей к эпидемиологическому анамнезу.

Сроки установления первично-хронического бруцеллеза, как и при вторично-хронической форме, также оказываются запоздалыми. Так, в первые шесть месяцев болезни бруцеллез выявляется только у 25 % больных. В большинстве случаев запоздалая диагностика объясняется стертой клинической картиной, на что указывает следующая история болезни № 3.

Больной К., 41 год. Поступил в клинику с жалобами на боли в пояснице и спине, головные боли, раздражительность, быструю утомляемость. Впервые, в 28 лет стал отмечать незначительную периодическую болезненность в правом тазобедренном суставе и по ходу седалищного нерва, через два года стали беспокоить боли в плечевых суставах. Было назначено физиолечение, но без улучшения. С 32 лет боли в плечевых суставах усилились, появились боли в позвоночнике, что связывает с выраженной физической нагрузкой при самостоятельном строительстве дома. Был обследован на бруцеллез, так как проживает в сельской местности: реакции Райта и Хеддльсона и проба Бюрне слабо положительные. Безуспешно лечился антибиотиками тетрациклинового ряда, после чего с диагнозом «Бруцеллез» направлен на санаторно-курортное лечение, после возвращения указанные серологические реакции оказались отрицательными и диагноз «бруцеллез» был снят. Через пять лет боли в перечисленных суставах и позвоночнике обострились. Был направлен к травматологу, выставлен диагноз: «Анкилозирующий спондилоартрит, статическая недостаточность позвоночника», назначили лечение вытяжением. Улучшения не наступило. Учитывая, что пять лет назад больному ставили диагноз: «Бруцеллез», больной был повторно консультирован врачом инфекционистом, который выяснил, что появление болей в суставах и позвоночнике предшествовало употреблению сырого молока от больной бруцеллезом коровы. Объективно при поступлении в инфекционное отделение ГКБ № 6 г. Красноярска: субфебрильная температура, питания сниженного, правильного телосложения. На рентгенограммах в грудном и поясничном отделах позвоночника – сужение

межпозвоночных щелей и нечеткость контуров суставных фасеток. Заключение ортопеда: клинические и рентгенологические данные укладываются в клинику остеохондроза, предположительно бруцеллезной этиологии. Фтизиатром туберкулез позвоночника исключен. Серологические реакции Райта и Хеддльсона положительные, проба Бюрне – положительная. Диагноз при выписке: «Первично-хронический бруцеллез с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата, стадия субкомпенсации».

Следует отметить, что в диагностике бруцеллеза ведущая роль принадлежит врачам поликлинической службы. В связи с полиморфизмом клинических проявлений бруцеллеза больные до установления диагноза обращаются к врачам различных специальностей. Это подтверждает и анализ данных статистики, что диагноз хронического бруцеллеза впервые установлен терапевтами 65,7 %, неврологами – в 18 %, хирургами – в 3,3 %, врачами других специальностей – в 8 %, инфекционистами только в 5 % случаев, что связано с запоздалой диагностикой бруцеллеза врачами общей практики.

Заключение. Причиной диагностических ошибок является недооценка симптомокомплекса клинических проявлений бруцеллеза в зависимости от формы заболевания. В ряде случаев не учитывается эпидемиологический анамнез, который в значительной мере способствует своевременной диагностике. Недостаточно используются специфические лабораторные методы исследования. Чаще всего диагностические ошибки являются следствием недостаточного знакомства врачей с особенностями клиники современного бруцеллеза, слабой настороженностью их в отношении этой инфекции, а также результатом некачественной оценки лабораторных данных без учета их зависимости от клинической формы. В диагностике современного бруцеллеза необходимо учитывать значительное преобладание хронических форм в сравнении с остросептической, а потому и в дифференциальной диагностике в первую очередь следует учитывать поражение периферической, центральной нервной системы, суставов и различные хронические заболевания.

Список литературы

1. Желудков М. М. Бруцеллез в России // Бруцеллез – пограничная инфекция животных и человека, требующая общих усилий разных стран: матер. междунар. рабочего совещания. – Серпухов, 2008. – С. 21-22.
2. Лунев В. П., Байраков В. И., Кардаков Н. Л., Данилова С. Г. Анализ первичной инвалидизации взрослого населения в округах и субъектах Российской Федерации за 2003-2004 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 3. – С. 22-28.

3. Онищенко Г. Г. Современные проблемы особо опасных инфекции в России и мире 2005 // Здравоохранение Росс. Федерации. – 2005. – № 4. – С.21-26.
4. Покровский В. И., Пак С. Г. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. – 816 с.
5. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни. – М., 2005. – 836 с.
6. Шульдякова А. А., Романцова М. Г. Бруцеллез. Современные подходы к терапии: Пособие для врачей. – Саратов; СПб., 2006. – 28 с.

Рецензенты:

Ратникова Людмила Ивановна, д.м.н., наук, профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Южно-Уральского государственного медицинского университета» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск.

Тихонова Елена Петровна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.