

DOI: 10.31082/1728-452X-2019-201-3-45

УДК 616.72-008.8

БРУЦЕЛЛЕЗНЫЙ САКРОИЛЕИТ (клинический случай)**А.К. БОТАБЕКОВА** <https://orcid.org/0000-0001-7407-5505>*Медицинский центр болезней суставов города Шымкент, г. Шымкент, Республика Казахстан*

Бруцеллезный сакроилеит – наиболее частая и характерная локализация бруцеллезного остеоартрита. В большинстве случаев клиническая картина бруцеллезного сакроилеита схожа с клиникой серонегативного спондилоартрита в связи с токсико-аллергическим происхождением воспалительного процесса в крестцово-подвздошных сочленениях. Часто при диагностическом поиске сакроилеита у ревматологических больных можно пропустить данное инфекционное заболевание, что может привести к неправильному методу лечения и инвалидизации пациента в связи с нагноением крестцово-подвздошных сочленений и анкилозу.

Больная Б., женского пола, 25 лет, 12.02.19 г. обратилась в Медицинский центр болезней суставов города Шымкент (МЦБСГШ) с жалобами, характерными при воспалительной боли в нижней части спины. Боли носили постоянный и ноющий характер, пациентка не могла самостоятельно передвигаться. Со слов пациентки, месяц назад впервые стала отмечать боли в нижней части спины, в области таза с иррадиацией в правую ягодицу, тазобедренный сустав и бедро. Боли напоминали по клинике ишиалгию. При обращении к невропатологу был назначен курс диклофенака, после которого состояние незначительно улучшилось, но носило временный характер. Спустя пару дней боли в нижней части спины усилились и иррадиировали уже в левую ногу. При сборе анамнеза был выявлен факт о переболевшем бруцеллезом супруге около года назад и употреблении молочных продуктов домашней коровы. При осмотре в МЦБСГШ были выявлены положительные тесты Кушелевского I-II-III. Проведен ряд лабораторно-инструментальных исследований: из показателей ОАК – Нв – 93 г/л, СОЭ – 36 мм/час без сдвига лейкоцитарной формулы. По биохимическим показателям – СРБ – 73 мг/л, АСЛО – 397 МЕ/л. Из инструментальных дан-

ных: на обзорной рентгенографии органов грудной клетки особых изменений не выявлено. На КТ костей таза и тазобедренных суставов выявлены признаки остеоартроза крестцово-подвздошных и лонных сочленений, выраженного субхондрального остеосклероза суставных поверхностей крестцово-подвздошных сочленений с обеих сторон, двухстороннего коксартроза 1-2 стадии, умеренного скопления жидкости в малом тазу. Реакция Райта-Хеддельсона была резко положительна. Пациентка была направлена в Областную инфекционную больницу, где дополнительно провели обследования по бруцеллезу. По данным совместного обследования был выставлен сакроилеит на фоне бруцеллеза. Данной пациентке был проведен курс антибактериальной и противовоспалительной терапии, после которого состояние больной улучшилось, боли в нижней части спины и ограничения движений не беспокоили.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая картина сакроилеита при бруцеллезе носит схожий характер с симптомами других серонегативных спондилоартритов, однако, двухстороннее поражение подвздошно-крестцовых сочленений более специфично для инфекционных заболеваний, таких как туберкулез и бруцеллез. Во многих случаях диагностика бруцеллезного сакроилеита может вызвать затруднения у врачей. Данный клинический случай показывает, как важно, на основании тщательно собранного анамнеза и правильно выбранной диагностики, вовремя установить диагноз и своевременно начать лечение.

Контакты: Ботабекова Алия К., Медицинский центр болезней суставов города Шымкент, г. Шымкент, Енбекшинский р-н, ул. Тимирязева (Сасбукаева) 32 «А», индекс 160013
e-mail: aliyapusel@mail.ru

Contacts: Aliya K Botabekova, Medical Center for Joint Diseases of the City of Shymkent, Enbekshinsky district, st. Timiryazeva (Sasbukaeva) 32 "A", index 160013.
e-mail: aliyapusel@mail.ru