

Получена: 02 Марта 2023 / Принята: 13 Июня 2023 / Опубликовано online: 30 Июня 2023

DOI 10.34689/SH.2023.25.3.037

УДК 616.98 – 411 – 36 – 002

АБСЦЕСС СЕЛЕЗЕНКИ И ГЕПАТИТ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лидия А. Муковозова¹, <https://orcid.org/0000-0002-3312-3299>

Алма З. Токаева¹, <https://orcid.org/0000-0003-1238-9263>

Назира Б. Бекенова¹, <https://orcid.org/0000-0002-3312-3299>

Ербол М. Смаил¹, <https://orcid.org/0000-0003-3881-3747>

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Резюме

Описан клинический случай острого бруцеллеза, подтвержденного положительными результатами реакции Райта (1:800 и в динамике 1:3200) с клиническими проявлениями преимущественного поражения печени в виде гепатита (увеличение печени, желтушная окраска кожи и склер, АЛТ – 0,52 мккат/л, общий билирубин – 67,68 мкмоль/л, прямой билирубин – 37,6 мкмоль/л, непрямой билирубин – 30,08 мкмоль/л) и селезенки в виде абсцесса (увеличение селезенки, заключение ультразвукового исследования – абсцесс селезенки). Отмечается, что и в современных условиях при бруцеллезе сохраняется возможность формирования метастатических очагов в различных органах с некрозом тканей.

Ключевые слова: бруцеллез, гепатит, абсцесс селезенки.

Abstract

SPLEEN ABSCESS AND HEPATITIS IN BRUCELLOSIS: CLINICAL CASE

Lidiya A. Mukovozova¹, <https://orcid.org/0000-0002-3312-3299>

Alma Z. Tokayeva¹, <https://orcid.org/0000-0003-1238-9263>

Nazira B. Bekenova¹, <https://orcid.org/0000-0002-3312-3299>

Yerbol M. Smail¹, <https://orcid.org/0000-0003-3881-3747>

¹ Semey Medical University, Semey c., the Republic of Kazakhstan;

Clinical case of acute brucellosis confirmed by positive Wright test results (1:800 and 1:3200 in dynamics) with clinical manifestations of predominant liver damage in the form of hepatitis (enlargement of the liver, icteric coloration of the skin and sclera, ALT - 0.52 μ kat/l, total bilirubin - 67.68 μ mol/l, direct bilirubin - 37.6 μ mol/l, indirect bilirubin – 30.08 μ mol/l) and spleen in the form of abscess (enlargement of the spleen, the conclusion of ultrasound examination - abscess of the spleen) is described. It is noted that in brucellosis and in modern conditions, the possibility of the formation of metastatic foci in various organs with tissue necrosis remains.

Key words: brucellosis, hepatitis, spleen abscess.

Түйіндеме

БРУЦЕЛЛЕЗ КЕЗІНДЕГІ КӨК БАУЫРДЫҢ АБСЦЕССИ ЖӘНЕ ГЕПАТИТ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Лидия А. Муковозова¹, <https://orcid.org/0000-0002-3312-3299>

Алма З. Токаева¹, <https://orcid.org/0000-0003-1238-9263>

Назира Б. Бекенова¹, <https://orcid.org/0000-0002-3312-3299>

Ербол М. Смаил¹, <https://orcid.org/0000-0003-3881-3747>

¹ «Семей медицина университеті» КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

Гепатит түрінде бауыр зақымдалуы (бауырдың ұлғаюы, көздің және терінің сарғаюы, АЛТ – 0,52 мккат/л, жалпы билирубин – 67,68 мкмоль/л, тура билирубин – 37,6 мкмоль/л, тура емес билирубин – 30,08 мкмоль/л) және көк бауырдың зақымдалуы сияқты клиникалық белгілермен, оң Райт реакциясымен расталған (1:800 және динамикада 1:3200) жедел бруцеллез клиникалық жағдайы сипатталды. Айта кетерлік, қазіргі заманда да бруцеллез кезінде тіндердің некрозымен әр-түрлі органдарда метастатикалық ошақтардың пайда болуы байқалады.

Түйінді сөздер: бруцеллез, гепатит, көк бауырдың абсцессі.

Библиографическая ссылка:

Муковозова Л.А., Токаева А.З., Бекенова Н.Б., Смаил Е.М. Абсцесс селезенки и гепатит при бруцеллезе: клинический случай // Наука и Здравоохранение. 2023. 3 (Т.24). С. 284-286. doi 10.34689/SH.2023.25.3.037

Mukovozova L.A., Tokayeva A.Z., Bekenova N.B., Smail E.M. Spleen abscess and hepatitis in brucellosis: clinical case // Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2023, (Vol.25) 3, pp. 284-286. doi 10.34689/SH.2023.25.3.037

Муковозова Л.А., Токаева А.З., Бекенова Н.Б., Смаил Е.М. Бруцеллез кезіндегі көк бауырдың абсцессі және гепатит: клиникалық жағдай // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2023. 3 (Т.25). Б. 284-286. doi 10.34689/SH.2023.25.3.037

Актуальность

Бруцеллез для Республики Казахстан до настоящего времени остается актуальной и нерешенной проблемой здравоохранения [1,4]. Социально-экономическая значимость бруцеллеза обусловлена также склонностью этой инфекции к довольно частому (до 60% и более) хроническому рецидивирующему течению, приводящему к длительной потере трудоспособности и даже инвалидизации больных, достигающей 13% [2].

Известно, что при бруцеллезе в результате гематогенной генерализации возбудителя формируются метастатические очаги в различных органах (печень, селезенка, костный мозг и др.) на фоне иммуноаллергической перестройки организма, определяющей особенности патоморфологических изменений при этом заболевании [3].

Следует отметить, что одним из частых и типичных клинических проявлений бруцеллеза является лишь увеличение печени без признаков гепатита и селезенки без некротических изменений структуры этого органа. В связи с этим представляет интерес наше наблюдение случая острого бруцеллеза, протекающего с поражением печени в виде гепатита и селезенки с формированием абсцесса.

Описание клинического случая

Больной Е., 34 года, сварщик, проживающий в г. Семей, поступил в городскую инфекционную больницу 29.07.2014г. на 7-й день болезни с жалобами на слабость, снижение аппетита, ощущение дискомфорта в животе, головную боль, выраженную потливость преимущественно в ночное время, повышенную температуру тела до 38-39°C.

Анамнез заболевания. Заболел 23.07.2014г. остро, когда с ознобом повысилась температура тела до 39°C, появились слабость, головная боль, повышенная потливость, ухудшился аппетит. Принимал жаропонижающие препараты, температура снизилась до 37,5°C. Однако 28.07.20214г. вновь температура тела повысилась до 39,5°C, появились отрыжка и чувство дискомфорта в животе. 29.07.2014г. обратился к участковому врачу и был направлен в инфекционную больницу г. Семей.

Анамнез жизни. В детском возрасте болел вирусным гепатитом А, позже трижды перенес паратонзиллярный абсцесс, в феврале и мае 2014г. лечился амбулаторно по поводу пневмонии.

Эпидемиологический анамнез. Больной проживает в г. Семей, работает сварщиком. В феврале и мае получал в/м антибиотики по поводу пневмонии. Эпидемиологических предпосылок для заражения бруцеллезом не выявлено.

Объективные данные на момент поступления в больницу. Состояние средней тяжести. Сознание сохранено. Кожные покровы повышенной влажности, умеренной желтушной окраски, склеры также желтушной окраски. Микрополиаденит. Суставы внешне не изменены, движения в них сохранены в полном объеме. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 80 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены. Язык обложен умеренно серым налетом, сухой. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень определяется у края реберной дуги, эластична, безболезненная. Селезенка не пальпировалась. Стул и диурез в норме.

С учетом субъективных (слабость, снижение аппетита, головная боль, чувство дискомфорта в животе) и объективных (умеренная желтушность кожи и склер, потливость, повышенная температура тела, увеличение печени) клинических данных был поставлен предварительный диагноз: Вирусный гепатит недифференцированный, желтушная форма, средней степени тяжести (29.07.2014г.).

Результаты обследования больного.

Общий анализ крови от 30.07.2014г.: гемоглобин – 159 г/л, эритроциты – $4,79 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $2,4 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 24%, лимфоциты – 64%, моноциты – 4%, СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ крови от 11.08.2014г.: гемоглобин – 151 г/л, эритроциты – $4,55 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $4,9 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 52%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 42%, моноциты – 2%, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимические анализы крови от 29.07.2014г.: общий белок – 66 г/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 70,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, АЛТ – 0,52 мккат/л, АСТ – 0,32 мккат/л, общий билирубин – 67,68 мкмоль/л, непрямого билирубин – 30,08 мкмоль/л, прямой билирубин – 37,6 мкмоль/л, тимоловая проба – 3,1 ед., холестерин – 4,2 ммоль/л.

Биохимические анализы крови от 11.08.2014г.: общий белок – 74 г/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 72,0 мкмоль/л, глюкоза – 3,8 ммоль/л, АЛТ – 0,22 мккат/л, АСТ – 0,08 мккат/л, общий билирубин – 15,04 мкмоль/л, непрямого билирубин – 9,4 мкмоль/л, прямой билирубин – 5,64 мкмоль/л, тимоловая проба – 4,7 ед., холестерин – 4,8 ммоль/л, диастаза – 1,2 мккат/л.

При исследовании от 30.07.2014г. на маркеры вирусных гепатитов (А, В, С, D), ВИЧ-инфекцию, лептоспироз, сифилис, малярию, крови на стерильность – получены отрицательные результаты.

Серологическое исследование крови на бруцеллез от 30.07.2014г. – реакция Хеддльсона положительная, реакция Райта положительная в титре 1:800; от 11.08.2014г. - реакция Хеддльсона резко положительная, реакция Райта положительная в титре 1:3200.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

От 30.07.2014г. Печень: правая доля: высота 15,0 см, толщина 12,7 см; левая доля: высота 9,7 см, толщина 8,9 см. Контуры ровные, углы сохранены. Эхоструктура мелкозернистая. Эхоплотность не изменена. Внутривенные желчные протоки 1,5-2 мм; портальная вена – 10 мм. Селезенка: площадь 159*74 мм, контур ровный, эхоструктура мелкозернистая. В среднем полюсе участок пониженной плотности размером 27*24 мм с нечеткими контурами. Заключение: подозрение на абсцесс селезенки.

От 12.08.2014г. Печень: правая доля: высота 14,3 см, толщина 11,4 см; левая доля: высота 9,1 см, толщина 8,4 см. Контуры ровные, углы сохранены. Эхоструктура мелкозернистая. Эхоплотность не изменена. Портальная вена – 12 мм в диаметре. Селезенка: площадь 135*99 мм, контуры ровные, эхоструктура неоднородная. В среднем полюсе участок пониженной плотности размером 24*18 мм с нечеткими контурами.

С учетом клинических и лабораторных данных был поставлен диагноз: Острый бруцеллез, реактивный гепатит, абсцесс селезенки, тяжелое течение (подтвержденный случай).

Больной получил базисное лечение, которое включало этиотропные (стрептомицин и доксициклин в течение 3-х недель, затем доксициклин и ципрофлоксацин в течение 25 дней в амбулаторных условиях), дезинтоксикационные (гемодез, глюкоза, дисоль), противовоспалительные (найз), антигистаминные (диазолин) препараты, гепатопротектор (гепадиф), пробиотики и комплексов витаминов (С, В₁, В₆, аевит, аскорутин).

Пациент выписан 21.08.2014г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение в течение 25 дней с последующим диспансерным наблюдением в течение двух лет по месту жительства.

Таким образом, представленное нами наблюдение свидетельствует о том, что в клинике бруцеллеза и в современных условиях возможно формирование метастатических очагов с некрозом тканей в различных органах, в том числе и в селезенке, а, следовательно, у практикующих врачей должна быть настороженность этом отношении.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Сторонними организациями финансирования не осуществлялось.

Сведения о публикации: Данный материал не был опубликован в других изданиях и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Литература:

1. Игисинов Н.С., Байбосынов Д.М., Имамбаева Г.Г., Конкаева М.Е. Пространственно-временная оценка заболеваемости бруцеллезом населения Казахстана // Медицина. 2014. №3. С.23.
2. Курманова К.Б., Дуйсенова А.К. Бруцеллез. Клинические аспекты. – Алматы. 2002. 351 с.
3. Руднев Г.П. Бруцеллез. Клиника, диагностика и лечение. – М.: Медицина, 1955. 259с.
4. Уразаева С.Т., Нурмухамедова Ш.М., Умарова А.Е. Бруцеллез в Казахстане // Международный научный журнал, «Интернаука». 2016. №1. С.27-28.

References:

1. Igisinov N.S., Baibosynov D.M., Imambayeva G.G., Konkaeva M.E. Prostranstvenno-vremennaya otsenka zaboлеваemosti brutsellezom naseleniya Kazakhstan [Spatio-temporal assessment of the incidence of brucellosis in the population of Kazakhstan]. *Meditsina [Medicine]*. 2014. №3. pp.23. [in Russian]
2. Kurmanova K.B., Duisenova A.K. Brutsellez. Klinicheskie aspekty [Brucellosis. Clinical aspects]. – Almaty. 2002. 351 p. [in Russian]
3. Rudnev G.P. *Brutsellez. Klinika, diagnostika i lechenie* [Brucellosis. Clinic, diagnosis and treatment]. – М.: Meditsina, 1955. 259p. [in Russian]
4. Urazaeva S.T., Nurmukhamedova Sh.M., Umarova A.E. Brutsellez v Kazakhstane [Brucellosis in Kazakhstan]. *International scientific journal, "Internauka"* [Mezhdunarodnyi nauchnyi zhurnal, «Internauka»]. 2016. №1. pp.27-28. [in Russian]

Корреспондирующий автор:

Токаева Алма Зейноллақызы – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, дерматовенерологии и иммунологии НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071400, г. Семей, ул. Абая, 103

E-mail: rautal@yandex.ru

Контактный тел.: 8 701 355 93 38