

УАШ АМАЛИЁТИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШДА ВА ДАВОЛАШДАГИ УЧРАБ ТУРАДИГАН КАМЧИЛИКЛАР

Ниязова Т.А., Магзумов Х.Б., Абидов А.Б., Бобожонов Ш.Ж.,
Назирова Ш.А., Артиков И.А., Нугмонов. К. К.

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ В ПРАКТИКЕ ВОП ПРИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЁЗОМ

Ниязова Т.А., Магзумов Х.Б., Абидов А.Б., Бобожонов Ш.Ж.,
Назирова Ш.А., Артиков И.А., Нугмонов К.К.

MEDICAL ERRORS IN THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONER IN DIAGNOSING AND TREATING PATIENTS WITH BRUCELLOSIS

Niyazova T.A., Magzumov Kh.B., Abidov A.B., Bobojonov Sh.J.,
Nazirov Sh.A., Artikov I.A., Nugmonov K.K.

Тошкент тиббиёт академияси

Описаны клинические случаи бруцеллёза, проанализированы врачебные ошибки, наиболее часто встречающиеся в практике ВОП. Особое внимание обращено на клиническое течение нейробруцеллёза – одного из самых редких осложнений бруцеллёза.

Ключевые слова: бруцеллез, осложнения, врачебные ошибки, нейробруцеллез.

The clinical cases of brucellosis are described, the medical errors most often encountered in the practice of GPs are analyzed. Particular attention is paid to the clinical course of neuro-brucellosis, which is one of the rarest complications of brucellosis.

Key words: brucellosis, complications, medical errors, neurobrucellosis.

Муаммонинг долзарблиги. Бруцеллёз касаллиги бўйича эндемик худудлар жумласига Марказий Осиё минтақасида жойлашган чорвачилик ҳамда дехқончилик билан шуғулланадиган Ўзбекистон Республикаси ҳам киради. Худудимизда бруцеллёз билан зарарланиш кўрсаткичининг юқорилиги, реинфекция, суперинфекция, асоратли жараёнлар, ногиронлик каби ҳолатлар амалий тиббиёт учун кўплаб муаммоларни туғдириб келмоқда.

Бруцеллезининг табиатдаги манбаи ҳайвонлар ҳисобланади, шунинг учун ҳам бу касалликнинг эпидемиологияси унинг эпизоотологиясига боғлиқдир. Касалликнинг юқиши ва тарқалишида қатор қўшимча омиллар иштирок этади: овқатланишнинг маҳаллий хусусиятлари, сут ва сут маҳсулотларини қайта ишлаш тартиби, меҳнат фаолияти, шахсий гигиена меъёрларига риоя этиш даражаси [1, 2].

Одам ва ҳайвонлар учун *B. melitensis* турининг юқори патогенлиги ва юқумлилиги, бруцеллёзни қўй-эчкилар боқиладиган ўчоқларининг кўплиги ва хавфли эканлигидан далолат беради. Одамларнинг бруцеллёз билан касалланиши, одатда майда шохли ҳайвонларнинг ўткир эпизоотияси асосида келиб чиқади [2].

Бруцеллёз – зооноз инфекцион - аллергия касаллик бўлиб, асосан таянч - ҳаракат аъзолари, юрак - қон томир, асаб ва жинсий аъзоларнинг зарарланиши билан кечадиган сурункали касалликдир. Республикаимизда фермерлик хўжалигининг кенг ривожланиши сабабли кейинги йилларда бруцеллёз билан оилавий касалланиш ҳолатлари тез-тез учраб турмоқда. Баъзан эндемик ўчоқларда бруцеллёз ташхисини вақтида аниқланмаслик ва бошқа касалликлар ташхиси билан даволаш ҳолатлари учраб турмоқда [3, 4]. Шунинг учун тиббиёт амалиётида учрайдиган бруцеллёз касаллигини нотўғри ташхислаш ва даволашдаги ҳолатларини кўрсатиб ўтмоқчимиз.

Тадқиқот мақсади: бруцеллёз касаллигининг клиник амалиётда учраётган нотўғри ташхиси ва болаларда келиб чиқиш сабаби, кечиш хусусиятини ўрганишдир.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ўзбекистон Республикаси ССВ қарашли Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий текшириш институтининг клиникасидаги бруцеллёз бўлимида даволанган 19

ёшдан 65 ёшгача бўлган бруцеллёз ташхиси билан даволанган 16 нафар бемор ва 3 ойлик чақалоқ кузатув остида бўлди. ССВ вазирлигининг № 210 буйруғи асосида беморларга клиник ташхис қўйилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Биз тадқиқот мақсадидан келиб чиққан ҳолда баъзи беморларнинг касаллик тарихидан маълумотлар келтирдик.

1. Бемор: Д. 28 ёш. 2015-йилдан буён бруцеллёз каслиги билан оғрийди. Икки мартаба ҳомиладор бўлган. Биринчи ҳомиладорлик бола тушиши (табиий аборт) билан яқунланган. Бемор даво муолажалар олгандан кейин иккинчи ҳомиладорлик яхши ўтган, лекин фарзанди 3 ойлик вақтида бруцеллёз ташхиси қўйилган. Онасининг сўзидан 2,5 ойликда болада инжиқлик, тана ҳароратини 37,50С гача кўтариллиши, кўп терлаш, кийимларини ҳўл бўлиб кетиши, кечаси ухламаслик, қўкракни яхши эма олмаслик каби белгилар кузатилган. Онаси бу ҳолатни ҳавонинг иссиқлиги ва гўдақликдаги инжиқликлар деб ўйлаган. Кейинчалик юқорида кўрсатилган клиник белгилар ўтиб кетмаганлиги сабабли ўзидаги касалликни ҳисобга олиб даволанган шифокорга мурожат қилган. Шифохонада она ва болани кўрик ва лаборатор текширувлардан ўтказилгач, серологик текшириш натижасида Райт реакцияси 1:200 нисбатга кўтарилган. Динамик кузтувда бола ва онанинг аҳволи даволаш жароёнида яхшиланиб, клиник белгилар камайган.

2. Бемор: Ў. 27 ёш. Тошкент вилоятдан, мойк соҳасидаги шиш билан туман шифохонасидаги урология бўлимига мурожат қилган. Беморда жарроҳлик муолажаси ўтказилган. Муолажадан кейин ҳам шиш иккинчи мойкда яна такрорланган ва тана ҳарорати кўтарилган. Республика урология марказидан юқумли касалликлар шифохонасига юборилган. Беморда оғриқнинг асосий сабабчиси “бруцеллёз” касаллиги эканлиги аниқланган.

3. Бемор: А. 32 ёш. Бир неча йиллар давомида серонегатив спондилоартрит, Бехтеров касаллиги ташхиси билан даво муолажалари олиб юрган. Лекин даволанишдан самара бўлмаган. Шу сабаб 2016-йилда юқумли касалликлар шифохонасига мурожат этган ва текшириш натижасида бруцеллёзни иккиламчи сурункали шакли ташхиси аниқланган, даволаш жараёни самарали кечган.

Кейинги кўриб ўтиладиган бемор касаллик тарихи алоҳида эътибор талаб қилади, чунки бруцеллёр касаллигининг кам учрайдиган асоратларидан бири нейробруцеллёр клиникасига тўхтаб ўтилади.

4. Бемор С. 1991йилда туғилган, манзили: Тошкент вилояти, Паркент тумани, Навдак қишлоғи. Иш жойи: Тибиёт колледжи 3 курс. Йўлланмадаги ташхис: Иккиламчи сурункали бруцеллёр. Қабулхонадаги ташхис: Иккиламчи сурункали бруцеллёр декомпенсация босқичи. Клиник ташхис: Иккиламчи сурункали бруцеллёр декомпенсация босқичи. Асосий касаллик асорати: Иккиламчи менингоэнцефалит ўрта оғир кечилиши.

Беморнинг келгандаги шикоятлари, отасининг сўзига кўра: кучли бош оғриғи, терлаш, тана ҳароратининг кўтарилиши, йирик бўғимларда оғриқ, қисқа муддатли ҳушидан кетиш ва таъсирчанлик.

Анамнездан: 2009 йил июль ойидан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Касаллик ўткир бошланиб тана ҳарорати 400 °С гача кўтарилган, терлаш, умумий ҳолсизлик белгилари кузатилган, шу сабабли турар жойидаги поликлиникага мурожаат қилган. ЎРВИ ташхиси қўйилиб муолажа олган, лекин аҳволи яхшиланмагач РШТЎИМ га мурожаат қилган, у ерда тўлиқ текширувлар олиб борилган ва симптоматик даво берилган.

Бироқ умумий аҳволи яхшиланмагач бемор ЎзРес ССВ ЭМЮКИТИ поликлиникасига юборилган. Текширувдан сўнг беморга бруцеллёр ташхиси қўйилган ва стационар даво тайинланган, аммо бемор касалхонада ётишдан бош тортган, турар жойидаги врач назоратида дориларни қабул қилиш шарт билан уйига юборилган. Даво муолажалари тугагандан сўнг беморнинг аҳволи яхшиланган, тана ҳарорати миёрига келган, бироқ доимий симмиловчи бош оғриқлари, умумий ҳолсизлик, тез чарчаш каби белгилар сақланиб қолган.

Ноябрь ойида об-ҳавонинг совиб кетиши сабабли беморда яна тана ҳароратининг кўтарилиши (39-40°С), кучли бош оғриғи, иштаҳасизлик, бўғимларда кўчиб юрувчи оғриқ, кўп терлаш, таъсирчанлик, уйку бузилишлари кузатилганлиги сабабли яна ЭМЮКИТИ поликлиникасига мурожаат қилган. Бруцеллёрга қайта текширув натижаларида Райт-1:800, РПГА 1:800, Хеддельсон - ўта мусбат кўрсаткичлари кузатилган. Бемор бу сафар ҳам шифохонага ётишдан бош тортган ва яшаш жойида шифокор назоратида даволанган. Аҳволи биров яхшиланган бироқ 2010 йил март ойигача тез-тез шамоллаб турган ва ўзича дорилар қабул қилган. 31 март куни беморда кучли бош оғриғи, психомотор қўзғалиш кузатилган, отасининг сўзига кўра уч марта қайт қилган ва ҳушидан кетган. Икки кун давомида турар жойидаги ОРИТ да ҳушсиз ётган. 2- апрел куни невропатолог консультациясига кўра ЭМЮКИТИ клиникасига юборилган. Кўрик вақтида: умумий аҳволи оғир, ҳуши ступор ҳолатида, саволларга секин, адекват жавоб беради, бемор безовта, агрессив.

Шикоятлари: бош оғриғи, бўғимларида ва бутун тана-сидаги оғриқларга, умумий ҳолсизликка. Эпидемиологик анамнездан: уйда қорамол сақлайди, тез-тез кабоб, хом сут ва қаймоқ истеъмол қилиб туради.

Умумий кўриқда: тери қопламалари нам, тоза. Периферик лимфа тугунлар: бўйин орқаси, қўлтиқ ости, чов соҳаларида нўхатдек катталашган, оғриқсиз, атроф тўқима билан бирикмаган. Кўрак соҳасида фиброзитлар пайпасланади.

Таянч-ҳаракат аппарати: елка, бел, сон-чаноқ, тизза бўғимларида оғриқ, иккала товон-панжа бўғимларида бурситлар аниқланади. Тил оқ караш билан қопланган, қорин юмшоқ, оғриқсиз, жигар+1,0+1,5+2,0см катталашган. Менингеал

симптомлар: энса мушаклари ригидлиги, Кернинг симптоми мусбат; Брудзинский ўрта ва пастки салбий.

Невропатолог кўриги: шикоятлари: бош оғриғига, қариндошларининг сўзига кўра 31.03.10 йилда психомотор қўзғалишлар, ҳушидан кетиши кузатилган. Невростатус: OD=OS NG-горизонтал, чапга, рефлекслар чақирилади, парезлар йўқ. Энса мушаклари ригидлиги аниқланади, мулоқатга киришади, лекин агрессив, руҳияти сусайган.

Ташхис: Асосий: Бруцеллёр. Асорати: МНС зараланиши, нейробруцеллёр.

Лаборатор ва инструментал текширув натижалари: Райт реакцияси 1:400, РПГА 1:400. Хеддельсон мусбат. АСЛО - 0,268 мкмоль/л. С-реактив оқсил - энгил мусбат. УТТ хулосаси: Гепатомегалия эхо белгилари. Бош мия МРТ хулосаси: менингоэнцефалит, пешона-чакка қисмининг энгил атрофияси белгилари. Орқа мия пункцияси: Орқа мия суюқлиги босими 300 мм. сув. уст. га тенг, тиниқ, цитоз 75x106/л, лимфоцитлар ҳисобига, оқсил -0,33 г/л, Панди, Нонне-Апельт манфий, Райта реакцияси 1:200.

Бемор шифохонада невропатолог ҳамкорлигида тегишли даво муолажалари қабул қилди ва аҳволи яхшиланди.

Хулоса: бруцеллёр касаллиги турли клиник белгилар билан кечганлиги сабабли касалликка тўғри ташхис қўйиш бир мунча муаммолар келтириб чиқариши мумкин. Кўпчилик беморлар турли ташхислар билан йиллар давомида нотўғри даво муолажалар олиб юришади. Шундай экан касалликка тўғри ташхис қўйишда эпидемиологик анамнез, касалликка хос клиник белгилар, лаборатор текширув натижаларини тўлиқ ўтказиш ва мутахассисга тўғри йўлланма беришда УАШ роли каттадир. Бруцеллёр иккиламчи сурункали шакли декомпенсация босқичи, асорати МНС жароҳатланиши - нейробруцеллёр билан кечган беморларда даво чораларини невропатолог ва инфекционист назорати остида олиб бориш керак. Бемор ремиссия даврида невропатолог ва инфекционист кузатувида бўлади. Реабилитация чора-тадбирлари иккала мутахассис ёрдамида хал қилинади.

УАШ амалиётида бруцеллёр касаллигини аниқлашда ва даволашдаги учраб турадиган камчиликлар

АДАБИЁТЛАР:

1. Бруцеллез: диагностика и методы лечения больных. Федеральные клинические рекомендации. - Москва, 2013.- 27
2. Бруцеллез. Монография / Под ред. Б.И. Отараевой. - Владикавказ: ГБОУ ВПО СОГМА, 2013.- 140 с
3. Бруцеллез. Современные подходы к терапии: Пособие для врачей / Под редакцией А.А. Шульдякова, М.Г. Романцова.- Саратов - СПб, 2006. - 28 с.
4. Чистякова Н. В., Коновалова М.А., Бокерия О. А. Трудности диагностики бруцеллеза в клинике внутренних болезней //Клин. мед. - М. - 2004. - №6 - С. 67-68.

УАШ АМАЛИЁТИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШДА ВА ДАВОЛАШДАГИ УЧРАБ ТУРАДИГАН КАМЧИЛИКЛАР

Ниязова Т.А., Магзумов Х.Б., Абидов А.Б., Бобожонов Ш.Ж., Назиров Ш.А., Артиков И.А., Нугмонов. К. К.

Бруцеллёр касаллигини ўз вақтида ташхислаш ва мутахассисга жўнатишда УАШ амалиётида учраб турадиган баъзи бир камчиликлар келтирилган. Айниқса бруцеллёрнинг кам учрайдиган асорати нейробруцеллёрни клиник кечилиш туғрисида маълумотлар келтирилган.

Калим сўзлар: бруцеллёр, асоратлар, тиббий хатолар, нейробруцеллёр.

