

## ХРОНИЧЕСКИЙ БРУЦЕЛЛЕЗ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА (КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

©С. З. Хакимова

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**РЕЗЮМЕ.** Бруцеллёз – особо опасная и социально значимая инфекция, приносящая значительный экономический ущерб и обуславливающая высокий уровень инвалидизации больных.

**Цель** – совершенствование лечения болевого синдрома при поражении нервной системы у больных бруцеллёзом.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 34 пациента, у которых выявлены особенности течения бруцеллёза, требующие коррекции стандартно назначаемой терапии добавлением препарата Мильгамма. Длительность заболевания колебалась от 0 до 52 лет. Все больные были поделены на две группы: основная – 24 пациента, получавшие традиционное лечение с добавлением препарата Мильгамма, и контрольная группа – получавшие только традиционное лечение.

**Результаты.** В результате клинического обследования у 65,4 % пациентов нами был установлен хронический бруцеллёз с сочетанным поражением костно-суставной и нервной систем, а у 34,6 % – с преимущественным поражением костно-суставной системы. Эффективность лечения оценивалась по шкале VAS на 10 и 24 дни, а также через 3 и 6 мес. В течение всего исследования по данным визуальной аналоговой шкалы отмечалась тенденция к более высокой эффективности комбинации мильгаммы, по отношению к традиционному лечению, однако уровня статистической достоверности это различие достигло лишь к 24 дню. С помощью шкалы невропатической боли показано, что только на фоне комбинированной терапии достоверно уменьшились такие характеристики боли, как интенсивность и острота, улучшилась переносимость боли. Значительный и умеренный эффект на фоне введения мильгаммы отмечен у 66 % пациентов, в контрольной группе – у 34 % ( $p < 0,05$ ). Спустя 3 мес. болевой синдром отсутствовал или был минимальным у 63 % больных основной группы и у 50 % пациентов контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что комплекс витаминов группы В может потенцировать обезболивающий эффект нестероидных противовоспалительных средств и способствовать более быстрому и стойкому регрессу болевого синдрома.

**Выводы.** Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность препарата Мильгамма в лечении болевого синдрома у больных с поражением нервной системы при бруцеллёзе.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** бруцеллёз; диагностика; лечение; мильгамма.

**Вступление.** Неуклонный рост заболеваемости бруцеллезом становится глобальной проблемой в мире. Бруцеллез – особо опасная и социально значимая инфекция, приносящая значительный экономический ущерб и обуславливающая высокий уровень инвалидизации больных. Нарушения со стороны нервной системы при хроническом бруцеллезе (ХБ) являются одними из наиболее часто встречаемых, при этом выявляются поражения как центральной нервной системы, клиника которых укладывается в синдромы арахноидита, менингоэнцефалита, миелита, так и периферического отдела в виде полинейропатий, радикулопатий, плекситов, невритов [1, 3, 6].

На современном этапе лечения больных выделяют три направления: специфическое лечение бруцеллином, патогенетическая и симптоматическая терапия [4]. В настоящее время наибольшее внимание привлекают вопросы восстановительного лечения, что является наиболее перспективным направлением в лечении больных периферической формой хронического бруцеллеза [7, 8].

Целью исследования является совершенствование лечения болевого синдрома при пораже-

нии нервной системы у больных бруцеллезом [1, 2, 4].

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 32 пациента, у которых выявлены особенности течения бруцеллеза, требующие коррекции стандартно назначаемой терапии с добавлением препарата Мильгамма, в том числе женщин – 85 %, мужчин 15 %. По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 24 до 30 лет – 11,5 %; от 30 до 40 лет – 19,2 %; от 40 до 50 лет – 15,4 %; от 50 до 60 лет – 38,5 %; старше 60 лет – 15,4 %, возраст пациентов составлял от 39 до 84 лет ( $53,7 \pm 2,3$ ). Длительность заболевания колебалась от 0 до 52 лет: 51,6 %, пациентов болели до 5 лет, 19,4 % пациентов – 5–10 лет, 19,4 % – 10–15 лет. Все больные были поделены на две группы: основная – 24 пациента, получавшие традиционное лечение с добавлением препарата Мильгамма, и контрольная группа – пациенты, которые получали только традиционное лечение.

Было проведено клинико-эпидемиологическое обследование со специфической лабораторной диагностикой (иммуноферментный анализ с

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

определением антител к возбудителям бруцеллеза (*Bg. abortus*, *Bg. melitensis*), пластинчатая реакция агглютинации Хеддльсона, реакция агглютинации Райта в пробирках, реакция непрямо́й гемагглютинации с бруцеллезным диагностикумом, антиглобулиновая реакция Кумбса, кожно-аллергическая проба Бюрне). Из дополнительных методов проводились клиничко-биохимические и инструментальные (рентгенография суставов и позвоночника) исследования. Динамика восприятия боли оценивалась по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до и после назначения препаратов.

**Результаты и обсуждение.** При первичной эпидемиологической диагностике бруцеллеза у большинства пациентов (61,5 %) установлен профессиональный характер заболевания с контактным путем заражения: 38,5 % – работники мясокомбинатов, получавшие специфическую профилактику нерегулярно, с большими перерывами, а также не всегда пользовавшиеся средствами индивидуальной защиты (перчатки), часто отмечали царапины, порезы, ушибы в процессе переработки мясного сырья. Ветеринарные врачи составили 7,6 %, были заражены при контакте с больными животными (крупный рогатый скот, свиньи). 11,4 % составили доярки, возможно зараженные во время ухода за крупным рогатым скотом, а также бывшие в контакте с больными животными,

их выделениями. У 3,7 % пациентов отмечался предположительно смешанный (аэрогенный и алиментарный) путь заражения (занимались стрижкой овец, где были случаи бруцеллеза среди животных, а также употребляли сырое молоко и молочные продукты). У 37,5 % больных наблюдался алиментарный путь заражения: употребление в пищу некипяченого молока и сырых молочных продуктов: брынза, сливки, сметана и прочее.

В результате клинического обследования с учетом сроков инфицирования и эпидемиологического анамнеза у 65,3 % пациентов нами был установлен хронический бруцеллез с сочетанным поражением костно-суставной и нервной систем, а у 35,6 % – с преимущественным поражением костно-суставной системы. При рентгенографии суставов выявлены изменения, указывающие на наличие глубоко продвинутого процесса: деформирующий артроз коленных суставов – у 46,1 %; деформирующий артроз тазобедренных суставов – у 33,6 %; плечелопаточный периартроз – у 27,7 %, деформирующий артроз лучезапястных суставов и суставов кистей – у 30,5 %; деформирующий артроз межфаланговых и плюснефаланговых суставов стоп – у 11,5 %; дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника (остеохондроз, субхондральный остеосклероз, деформирующий спондилез, унковертебральный артроз) – у 80,2 % больных (рис. 1).



Рис. 1. Изменения, выявленные при рентгенографии суставов.

Наиболее частым и характерным для бруцеллеза считается поражение крестцово-подвздошных сочленений – сакроилеит, который редко встречается при ревматизме и других инфекционных болезнях, что позволяет заподозрить у пациента бруцеллезный процесс [7]. Изменения крестцово-подвздошных сочленений редко привлекают внимание практических врачей в связи с наличием сопутствующих симпто-

мов со стороны мышц, крестцовых и седалищных нервов, поэтому чаще диагностируется неврит седалищного нерва или остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с корешковым синдромом.

Поражения мягкого скелета в большинстве случаев проявляются в виде воспалительных узелков в соединительной ткани, так называемых фиброзитов, патогномоничных для бруцел-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення  
леза, особливо для первично-хронічних форм. Вони можуть формуватися в формі ущільнень різної величини і захворюваності повсюдно, де є з'єднана тканина: в підшкірно-жировій клітинці, фасціях, апоневрозах, на надкостницях, в оточенні суглобів, нервових стовбів і корешків, в подальшому можуть руйнуватися або залишатися в формі рубців [1, 4, 9].

Розвиток клініки сучасного бруцеллеза відобразився і на особливостях ураження нервової системи. Ураження периферическої нервової системи стали більш м'якими, а центральної нервової системи – рідкими або взагалі не спостерігаються [1, 10]. При хронічному бруцеллезі (8,7 %) неврологічні синдроми частіше протікають з різноманітною розсіяною симптоматикою, складними формами порушень чутливості і рухової сфери (наприклад, за типом пухлики мозку, розсіяного склерозу, стовбового енцефаліти і т. д.); найбільш часто відзначаються симптоми функціонального характеру в формі невралгій (35,6 %) [4]. У спостережуваних нами пацієнтів з хронічним бруцеллезом в 30,5 % випадків зареєстровані люмбагіалгія, нейро-дистрофічна форма, цервікалії, сенсорні полінейропатії і інші порушення.

Клініко-епідеміологічний діагноз підтверджується результатами специфічної лабораторної діагностики: методом ІФА у 46,2 % пацієнтів визначалися антитіла до антигенів бруцеллеза (*B. abortus*, *B. melitensis*) класів IgG і IgM, у 57,7 % – позитивною реакцією аглютинації Хеддлсона. У 46,1 % пацієнтів визначалася позитивна реакція аглютинації Райта в титрі від 1/200 до 1/800; а також у 34,6 % хворих спостерігалися одночасно позитивні результати і в ІФА і в реакції аглютинації Райта і Хеддлсона. Важливо, що шкірно-алергічна проба Бюрне у всіх пацієнтів (100 %) з хронічним бруцеллезом була позитивною.

Виявлений розброс частоти позитивних серологічних реакцій при хронічному бруцеллезі закономірний і вказує на необхідність використання не менше двох методів. Збіг позитивних результатів ІФА з реакцією аглютинації Райта встановлено в 46,0 % випадків, з реакцією непрямой геммаглютинації (РНГА) – в 37,0 %; з антиглобуліновою реакцією Кумбса – в 100 % [4, 11]. Проба Бюрне відноситься до тестів третього рівня діагностики по виявленню сенсибілізації організму до бруцеллам, її ступінь і відображає кінцевий етап взаємодії антигену і імунної системи [9].

Тактика лікування пацієнтів з хронічним бруцеллезом визначається фазою і формою за-

болеванія, станом реактивності організму, підтвердженими результатами клініко-лабораторного і інструментального дослідження. Спорним в реальній практиці залишається питання призначення антибактеріальної терапії, яка не показана при хронічному неактивному і рецидивному бруцеллезі, а також для профілактики рецидивів. Для призначення антибактеріальної терапії недостатньо наявності тільки позитивних серологічних тестів і алергопроби, а головне – клінічне загострення хронічної бруцеллезної інфекції. Для лікування хворих хронічним бруцеллезом в період загострень ми застосовували етіотропну терапію: антибіотики тетрациклінового ряду (відокцин внутрішньовенно або доксицилін per os) – в 77,9 %; аміноглікозиди (гентаміцин) – в 56,7 %; цефалоспорины III покоління (цефтріаксон) – в 23,7 % випадків.

Але все ж таки ведучим принципом лікування хронічного бруцеллеза є патогенетичний з використанням нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак, ортофен і др.), враховуючи стійкість запального процесу, десенсибілізуючих засобів (преимущественно групи стабілізаторів мембран тучних клітин – кетотифен, азеластин, лодоксамід і др.), а також препарати метаболічної корекції (вітаміни групи В, алміба, нікотинова кислота, пентоксифілін, АТФ, цитофлавін, реамберин, ремаксол і др.), враховуючи окислювально-відновительні порушення, корелюючі зі ступенем алергічної перебудови організму [2, 4, 11].

При рецидивуючому перебігу захворювання, а також при хронізації процесу показана імунотропна терапія з урахуванням ступеня імунологічної перебудови організму пацієнта в зв'язі з бруцеллезом. Необхідним вважається призначення іммунокоригуючої терапії через 1–3 тижні після прийому антибіотиків. Рекомендують використовувати іммунокоректори різних груп: іммуномодулятори ендогенного походження (іммунорегуляторні пептиди, отримані з центральних органів імунітету (тимуса і кісткового мозку), цитокіни, інтерферони, іммуномодулятори екзогенного походження (пирогенал, зимозан, продіогізан, лікопід, бактеріальні лізати), синтетичні іммуномодулятори (левамизол, пентоксил, метилурацил, іммунофан), циклоферон, індуктор інтерферону [11, 12].

Пацієнти були поділені на 2 групи: в основній групі (22 хворих) мілігамма була призначена в комбінації з вищеописаним традиційним лікуванням, в контрольній (10 боль-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення) проводилась тільки традиційна терапія. Ефективність лікування оцінювали по шкалі ВАШ на 10 і 24 дні, а також через 3 і 6 місяців (рис. 2). В течение всего исследования по данным визуальной аналоговой шкалы отмечалась тенденция к более высокой эффективности лечения с включением мильгаммы и по отношению к традиционному лечению, однако уровня статистической достоверности это различие достигло лишь к 24 дню. С помощью шкалы невропатической боли показано, что только на фоне комбинированной терапии достоверно уменьшились такие характеристики боли как интенсивность и остро-

та, улучшилась переносимость боли. Значительный и умеренный эффект на фоне введения мильгаммы отмечен у 66 % пациентов, в контрольной группе – у 34 % ( $p < 0,05$ ). Спустя 3 мес. болевой синдром отсутствовал или был минимальным у 63 % больных основной группы и у 50 % пациентов контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что комплекс витаминов группы В может потенцировать обезболивающий эффект нестероидных противовоспалительных средств и способствовать более быстрому и стойкому регрессу болевого синдрома.

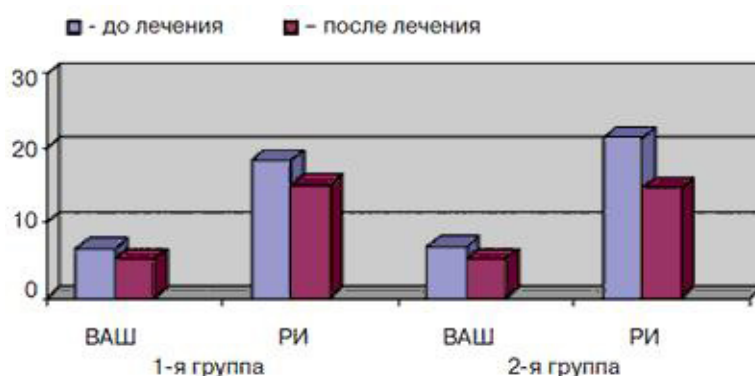


Рис. 2. Динамика болевых ощущений по данным визуально-аналоговой шкалы до и после лечения.

По данным шкалы общего клинического впечатления на фоне применения комбинированной терапии, включающей мильгамму, на 10 день значительный эффект отмечен у 6 пациентов (25 % пациентов, вступивших в исследование), удовлетворительный (умеренный) – у 19 (41 %), минимальное улучшение – у 8 (17 %), отсутствие улучшения – у 7 (17 %). В контрольной группе значительный эффект отмечен у 2 пациентов (10 %), удовлетворительный – у 4 (24 %), минимальное улучшение – у 9 (41 %), отсутствие эффекта – у 5 (25 %). На эффективность терапии не влияли возраст, исходная интенсивность и длительность боли, наличие симптомов выпадения, выраженность вертебрального синдрома.

**Выводы.** Диагностика и лечение хронического бруцеллеза в реальной практике врача невролога определяется уровнем заболеваемости в регионе как среди животных, так и среди людей, профессиональной подготовленностью практических врачей и наличием диагностических технологий. При этом следует учитывать эпиданамнез, преобладание латентных и первично-хронических форм низкой активности с поражением суставов и нервной системы (с характерной полиочаговостью), вегетативных реакций, наличием фиброзитов, длительного субфебрилитета, определяющих

клиническую дифференциальную диагностику. Специфическая диагностика определяется различными методологическими уровнями – от выделения возбудителя до определения его антигенов и антител, а также степени сенсибилизации к бруцеллам. Отсюда лечение хронического бруцеллеза зависит от активности инфекционного процесса, что требует назначения антибактериальных средств и разумной иммуномодулирующей терапии.

Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность препаратов мильгамма в лечении болевого синдрома у больных с поражением нервной системы при бруцеллезе. Они свидетельствуют о том, что высокие дозы нейротропных витаминов в составе препарата мильгамма могут потенцировать обезболивающий эффект и способствовать более быстрому регрессу болевого синдрома. Особенностью нашего исследования стало то, что, во-первых, мы показали эффективность комплекса витаминов группы В (на примере препарата мильгамма) при такой тяжелой форме боли в спине, как вертеброгенная радикулопатия. Во-вторых, мы обнаружили, что мильгамма эффективно воздействует на невропатический компонент боли при бруцеллезе. В-третьих, показано, что добавление к 10-дневному курсу внутримышечного введения миль-



Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення  
гаммы 14-дневного курса перорального приема препарата Мильгамма композитум способствует более полному проявлению терапевтического потенциала препаратов. И, наконец, полученные данные свидетельствуют о том, что эффективность комбинированного курса лечения миль-

гаммой прослеживается не только в краткосрочной, но и в среднесрочной (3-месячной) перспективе, чему также способствовало его продление за счет перорального приема драже Мильгамма композитум.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белозеров Е. С. Бруцеллез / Е. С. Белозеров. – Ленинград : Медицина, 1985. – 183 с.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 396–406.
3. Профилактика и лабораторная диагностика бруцеллеза людей : методические указания МУ 3.1.7.1189–03. – М. : Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2003. – 58 с.
4. Курманова К. Б. Бруцеллез. Клинические аспекты / К. Б. Курманова, А. К. Дусейнова. – Алматы : Kitap, 2002. – 352 с.
5. Касаткина И. Л. Патогенез поражений суставов при бруцеллезе / И. Л. Касаткина, Н. Д. Беклемишев. – Алма-Ата, 1976. – 232 с.
6. Brucella arthritis: a study of 96 cases in Kuwait / M. I. Khateeb, G. F. Araj, S. A. Majeed [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 1990. – No. 49 (12). – P. 994–998.

7. Насонов Е. Л. Ревматические болезни / Е. Л. Насонов, Н. В. Бунчук. – М. : Медицина, 1997. – 520 с.
8. Бруцеллез / под ред. П. А. Вершиловой. – М. : Медицина, 1972. – 436 с.
9. Беклемишев Н. Д. Хронический и латентный бруцеллез / Н. Д. Беклемишев. – Алма-Ата : Наука, 1965. – 332 с.
10. Брыжахин Г. Г. Бруцеллез (поражение нервной системы) / Г. Г. Брыжахин, Е. С. Белозеров. – Алматы, 1993. – 158 с.
11. Оценка иммунного статуса и дифференцированная иммунокоррекция при бруцеллезе : методические рекомендации / Г. М. Курманова, А. К. Дусейнова, К. Б. Курманова, Н. Х. Спиричева. – Алматы, 2002. – 30 с.
12. Бруцеллез. Современные подходы к терапии : пособие для врачей / под ред. А. А. Шульдякова, М. Г. Романцова. – Саратов–СПб., 2006. – 28 с.

#### REFERENCES

1. Belozеров, E.S. (1985). *Brutsellez [Brucellosis]*. Leningrad: Meditsina [in Russian].
2. Yushchuk, N.D., & Vengerova, Yu.Y. (Eds.). (2009). *Infektsionnyye bolezni: natsionalnoye rukovodstvo [Infectious diseases: National guide]*. Moscow: GEOTAR-Media [in Russian].
3. *Profilaktika i laboratornaya diagnostika brutselleza lyudey: metodicheskiye ukazaniya MU 3.1.7.1189 - 03. [Prevention and laboratory diagnosis of brucellosis in people: guidelines MU 3.1.7.1189 - 03]*. Moscow: Federal Center for State Sanitary and Epidemiological Supervision of the Ministry of Health of Russia [in Russian].
4. Kurmanova, K.B., & Duseynova, A.K., (2002). *Brutsellez. Klinicheskiye aspekty [Brucellosis. Clinical aspects]*. Almaty: Kitap [in Russian].
5. Kasatkina, I.L., & Beklemishev, N.D. (1976). *Patogenez porazheniy sustavov pri brutselleze [Pathogenesis of joint lesions in brucellosis]*. Alma-Ata [in Russian].
6. Khateeb, M.I., Araj, G.F., Majeed, S.A., & Lulu, A.R. (1990). Brucella arthritis: a study of 96 cases in Kuwait. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 49 (12), 994–998.

7. Nasonov, E.L., & Bunchuk, N.V. (1997). *Revmaticheskiye bolezni [Rheumatic diseases]*. Moscow: Meditsina [in Russian].
8. Vershilova, P.A. (Ed.). (1972). *Brutsellez [Brucellosis]*. Moscow: Meditsina [in Russian].
9. Beklemishev, N.D. (1965). *Khronicheskiy i latentnyy brutsellez [Chronic and latent brucellosis]*. Alma-Ata: Nauka [in Russian].
10. Bryzhakhin, G.G., & Belozеров, E.S. (1993). *Brutsellez (porazheniye nervnoy sistemy) [Brucellosis (damage to the nervous system)]*. Almaty [in Russian].
11. Kurmanova, G.M., Duseynova, A.K., Kurmanova, K.B., & Spiricheva, N.Kh. (2002). *Otsenka immunnogo statusa i differentsirovannaya immunokorreksiya pri brutselleze: metodicheskiye rekomendatsii [Assessment of the immune status and differential immunocorrection in brucellosis: guidelines]*. Almaty [in Russian].
12. Shuldyakova, A.A., & Romantsova, M.G. (Eds.). (2006). *Sovremennyye podkhody k terapii: posobiye dlya vrachey [Brucellosis. Modern approaches to therapy: a manual for doctors]*. Saratov, Saint-Petersburg [in Russian].

## **ХРОНІЧНИЙ БРУЦЕЛЬОЗ У РЕАЛЬНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ НЕВРОЛОГА (КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ)**

©С. З. Хакімова

*Самаркандський державний медичний інститут, Самарканд, Узбекистан*

**РЕЗЮМЕ.** Бруцельоз – особливо небезпечна та соціально значуща інфекція, що спричиняє значні економічні втрати та високий рівень інвалідизації хворих.

**Мета** – удосконалення лікування больового синдрому при пошкодженні нервової системи у хворих на бруцельоз.

**Матеріал і методи.** Під спостереженням перебували 34 пацієнти, у яких виявлені особливості перебігу бруцельозу, що потребують корекції стандартної терапії з додаванням препарату Мільгама. Тривалість захворювання коливалася від 0 до 52 років. Хворих поділили на дві групи: основна – 24 пацієнти, які отримували традиційне лікування та препарат Мільгама та контрольна група – котрі отримували лише традиційну терапію.

**Результати.** У 65,4 % пацієнтів було діагностовано хронічний бруцельоз із поєднаним ураженням кістково-суглобової та нервової систем, а у 34,6 % – з переважним ураженням кістково-суглобової системи. Ефективність лікування оцінювали на 10 та 24 дні за шкалою ВАШ, а також через 3 та 6 міс. Протягом усього дослідження за даними візуальної аналогової шкали простежувалася тенденція до вищої ефективності комбінації мільгами, порівняно з традиційним лікуванням, однак рівня статистичної достовірності було досягнуто лише до 24 дня. За допомогою шкали невропатичного болю показано, що лише на фоні комбінованої терапії достовірно зменшились такі характеристики болю, як інтенсивність та гострота, покращилася переносимість болю. Виражений та помірний ефект на фоні введення мільгами відмічено у 66 % пацієнтів, в контрольній групі – у 34 % ( $p < 0,05$ ). Через 3 міс. больовий синдром був відсутній або мінімальний у 63 % хворих основної групи та у 50 % пацієнтів контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Отримані результати свідчать, що комплекс вітамінів групи В може потенціювати знеболювальний ефект нестероїдних протизапальних засобів та сприяє швидшому та стійкішому регресу больового синдрому.

**Висновки.** Отримані результати підтверджують ефективність та безпечність препарату Мільгама у лікуванні больового синдрому у хворих з ураженням нервової системи при бруцельозі.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** бруцельоз; діагностика; лікування; Мільгама.

## **CHRONIC BRUCELLOSIS IN PRACTICE OF NEUROLOGIST (CLINICAL DIAGNOSIS AND TREATMENT)**

©S. Z. Khakimova

*Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan*

**SUMMARY.** Brucellosis is a particularly dangerous and socially significant infection that brings significant economic damage and causes a high level of disability for patients.

**The aim** – to improve the treatment of pain in the nervous system in patients with brucellosis.

**Material and Methods.** We monitored 34 patients who had features of brucellosis that required correction of standard prescribing therapy with the addition of Milgamm. The duration of the disease ranged from 0 to 52 years. All patients were divided into two groups: the main group – 24 patients who received traditional treatment with the addition of the drug Milgamma and the control group – who received only traditional treatment.

**Results.** As a result of the clinical examination, we found that 65.4 % of patients had chronic brucellosis with combined lesions of the osteoarticular and nervous systems, and in 34.6 % – with a predominant lesion of the osteoarticular system. The effectiveness of treatment was evaluated on the 10th and 24th days on a scale of VAS, as well as after 3 and 6 months. Throughout the study, according to the visual analogue scale, there was a tendency for higher efficacy of the combination of milgamma and in relation to the traditional treatment, but the level of statistical reliability reached this difference only by day 24. Using the Neuropathic Pain Scale, it was shown that only on the background of combination therapy, pain characteristics such as intensity and acuity significantly decreased, and pain tolerability improved. A significant and moderate effect on the background of the introduction of milgamma was observed in 66 % of patients, in the control group – in 34 % ( $p < 0.05$ ). 3 months later pain was absent or minimal in 63 % of patients in the main group and in 50 % of patients in the control group ( $p < 0.05$ ). The results indicate that the group B of vitamins can potentiate the analgesic effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs and promote a more rapid and persistent regression of pain.

**Conclusions.** The results obtained confirm the efficacy and safety of milgamma drugs in the treatment of pain in patients with nervous system involvement in brucellosis.

**KEY WORDS:** brucellosis; diagnosis; treatment; Milgamma.

Отримано 30.09.2019