

УДК 616.98 (075.8)

С.З. ХАКИМОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА



Хакимова С.З.

В статье представлены особенности клинического течения хронического бруцеллеза на современном этапе, вопросы диагностики и лечения с учетом результатов собственных наблюдений пациентов с поражением нервной системы. Дана характеристика клинико-эпидемиологической, лабораторной и инструментальной диагностики хронического бруцеллеза, рассмотрены вопросы этиопатогенетической терапии.

Цель исследования. Совершенствование лечения болевого синдрома при поражении нервной системы у больных бруцеллезом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента, у которых выявлены особенности течения бруцеллеза, требующие коррекции стандартно назначаемой терапии с добавлением препарата Мильгамма®. По полу преобладали женщины – 85%, мужчин было 15%. По возрасту: 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 – от 39 до 84 лет (53,7±2,3 года). 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, которая получала только традиционное лечение.

Результаты и обсуждение. В результате клинического обследования с учетом сроков инфицирования и эпидемиологического анамнеза нами был установлен у 65,4% пациентов хронический бруцеллез с сочетанным поражением костно-суставной и нервной систем, а у 34,6% – с преимущественным поражением костно-суставной системы. Эффективность лечения оценивалась на 10-й и 24-й дни по шкале ВАШ, а также через 3 и 6 мес. В течение всего исследования по данным визуальной аналоговой шкалы отмечалась тенденция к более высокой эффективности комбинации Мильгаммы® и по отношению к традиционному лечению, однако уровня статистической достоверности это различие достигло лишь к 24-му 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 в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы. 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. Также 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 препаратов Мильгамма® могут потенцировать обезболивающий эффект и способствовать более быстрому регрессу болевого синдрома.

Ключевые слова: бруцеллез, диагностика, лечение, Мильгамма®.

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, патогене-

нетическая 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 поражении нервной системы у больных с бруцеллезом [1, 2, 4].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 32 пациента, у которых выявлены особенности течения бруцеллеза, требующие коррекции стандартно назначаемой терапии с добавлением препарата Мильгамма®. Рассматривали

Контакты: Хакимова Сохиба Зиядуллаевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры неврологии СамМИ, г. Самарканд, Узбекистан. Тел.: + 998905058936, e-mail: hakimovasohiba@list.ru

Contacts: Sohiba Ziyadullaeva Khakimova, MD, Department of Neurology assistant SamMU. Samarkand c., Uzbekistan. Ph.: + 998905058936, e-mail: hakimovasohiba@list.ru

больных по полу: женщин – 85%, мужчин было 15%. Разделение по возрасту следующее: 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 – от 39 до 84 лет (53,7±2,3 года). Длительность заболевания колебалась от 0 до 52 лет: 51,6% пациентов болели до 5 лет, 19,4% пациентов – 5-10 лет, 10-15 лет – 9,6%, свыше 15 лет – 19,4%. Все больные были поделены на две группы: основная – 24 пациента, получавшие традиционное лечение с добавлением препарата Мильгамма®, и контрольная группа, получавшая только традиционное лечение.

Клинико-эпидемиологическое обследование со специфической лабораторной диагностикой (иммуноферментный анализ с определением антител к возбудителям бруцеллеза (*B. abortus*, *B. melitensis*), пластинчатая реакция агглютинации Хеддльсона, реакция агглютинации Райта в пробирках, реакция непрямой геммагглютинации с бруцеллезным диагностикомом, антиглобулиновая реакция Кумбса, кожно-аллергическая проба Бюрне). Из дополнительных методов проводились клинико-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 мясокомбината, получавшие специфическую профилактику нерегулярно, с большими перерывами, а также не всегда они пользовались средствами индивидуальной защиты (перчатки), отмечали часто царапины, порезы, ушибы в процессе переработки мясного сырья. Ветеринарные врачи составили 7,6%, которые 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 были 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 пр.

В результате клинического обследования с учетом сроков инфицирования и эпидемиологического анамнеза нами был установлен у 65,3% пациентов 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 глубоко

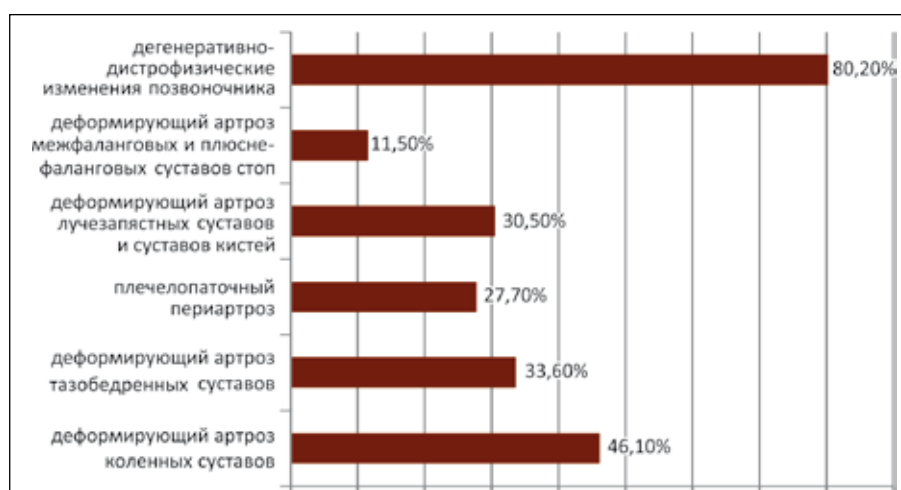


Рисунок 1 – Изменения, выявленные при рентгенографии суставов

продвинутый процесс: 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).

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 симптомов 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 называемые фиброзиты, патогномичные для бруцеллеза, особенно для первично-хронических форм. Они могут образовываться в виде уплотнений различной величины и болезненности повсеместно, где есть соединительная ткань: в подкожно-жировой клетчатке, фасциях, апоневрозах, на надкостницах, в окружении суставов, нервных стволов и корешков, в дальнейшем могут рассасываться или остаются в виде рубцов [1, 4, 9].

Развитие клиники современного бруцеллеза отразилось и на особенностях поражения нервной системы. Поражения периферической нервной системы стали более мягкими, а центральной нервной системы – редкими или вообще не наблюдаются [1, 10]. Так, при хроническом бруцеллезе (8,7%) неврологические синдромы чаще протекают с разнообразной рассеянной симптоматикой, сложными видами расстройств чувствительности и двигательной сферы (например, по типу опухоли мозга, рассеянного склероза, стволового энцефалита и т.д.); наиболее часто отмечаются симптомы функционального характера в виде невралгий (35,6%) [4]. У наблюдаемых нами пациентов с хроническим

бруцеллезом в 30,5% случаев регистрировались люмбоишалгия – нейродистрофическая форма, цервикалгии, сенсорные полинейропатии и другие расстройства.

Клинико-эпидемиологический диагноз подтверждался результатами специфической лабораторной диагностики: методом ИФА у 46,2% пациентов определялись антитела к возбудителям бруцеллеза (*B. abortus*, *B. melitensis*) класса IgG и IgM, у 57,7% – положительной реакцией агглютинации Хеддльсона. У 46,1% пациентов определялась положительная реакция агглютинации Райта в титре от 1/200 до 1/800; а также у 34,6% больных наблюдались одновременно положительные результаты и в ИФА, и в реакции агглютинации Райта и Хеддльсона. Важно, что кожно-аллергическая проба Бюрне у всех пациентов (100%) с хроническим бруцеллезом была положительной.

Выявленный «разброс» частоты положительных серологических реакций при хроническом бруцеллезе закономерен и указывает на необходимость использования не менее двух методов. Совпадение положительных результатов ИФА с реакцией агглютинации Райта установлено в 46,0% случаев, с реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА) – в 37,0%; с антиглобулиновой реакцией Кумбса – в 100% [4, 11]. Проба Бюрне относится к тестам третьего уровня диагностики по выявлению сенсибилизации организма к бруцеллам, ее степень и отражает конечный этап взаимодействия антигена и иммунной системы [9].

Тактика лечения пациентов с хроническим бруцеллезом определяется фазой и формой заболевания и состоянием реактивности организма, подтверждающимся результатами клинико-лабораторного и инструментального обследования. Спорным в реальной практике остается вопрос назначения антибактериальной терапии, которая не показана при хроническом неактивном и резидуальном бруцеллезе, а также для профилактики рецидивов. Показанием для назначения антибактериальной терапии недостаточно наличия только положительных серологических тестов и аллергопробы, а самое главное – клиническое обострение хронической бруцеллезной инфекции. Нами для лечения больных хроническим бруцеллезом в период обострений применялась этиотропная терапия: антибиотики тетрациклинового ряда (видокин в/в или доксициклин per os) – в 77,9%; аминогликозиды (гентамицин) – в 56,7%; цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) – в 23,7% случаев.

Но все таки ведущим принципом лечения хронического бруцеллеза является патогенетический с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак, ортофен и др.), учитывая стойкость воспалительного процесса, десенсибилизирующих средств (преимущественно группы стабилизаторов мембран тучных клеток – кетотифен, азеластин, лодоксамид и др.), а также препараты метаболической коррекции (витамины группы В, алмива, никотиновая кислота, пентоксифиллин, АТФ, цитофлавин, реамберин, ремаксол и др.), учитывая окислительно-восстановительные расстройства, коррелирующие со степенью аллергической перестройки организма [2, 4, 11].

При рецидивирующем течении болезни, а также при хронизации процесса показана иммуотропная терапия с учетом степени иммунологической перестройки организма пациента бруцеллезом. Необходимым считается назначение иммунокорректирующей терапии через 1-3 недели после приема антибиотиков. Рекомендуется использовать имму-

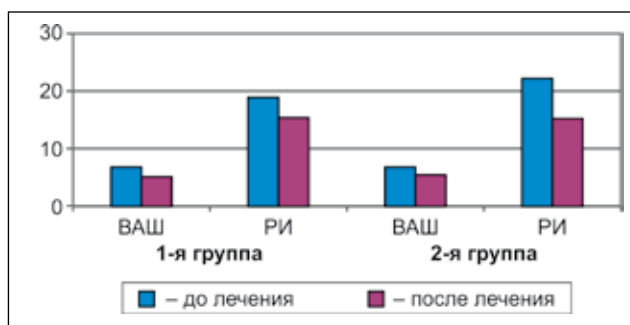


Рисунок 2 – Динамика болевых ощущений по ВАШ до и после лечения

нокорректоры самых различных групп: иммуномодуляторы эндогенного происхождения (иммунорегуляторные пептиды, полученные из центральных органов иммунитета (тимуса и костного мозга), цитокины, интерфероны, иммуномодуляторы экзогенного происхождения (пирогенал, зимозан, продиогизан, ликопид, бактериальные лизаты), синтетические иммуномодуляторы (левамизол, пентоксил, метилурацил, иммунофан), циклоферон, индуктор интерферона [11, 12].

Пациенты были разделены на 2 группы: в основной группе (22 больных) Мильгамма® была назначена в комбинации с вышеизложенным традиционным лечением, в контрольной (10 больных) проводилась терапия только традиционная. Эффективность лечения оценивалась на 10-й день и 24-й дни по шкале ВАШ, а также через 3 и 6 мес. (рис. 2). В течение всего исследования по данным визуальной аналоговой шкалы отмечалась тенденция к более высокой эффективности комбинации Мильгаммы® и по отношению к традиционному лечению, однако уровня статистической достоверности это различие достигло лишь к 24-му 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 препарата Мильгамма® 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 в контрольной группе (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.

По данным шкалы общего клинического впечатления на фоне применения комбинированной терапии, включающей Мильгамму®, на 10-й 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

Таким образом, диагностика и лечение хронического бруцеллеза в реальной практике врача-невролога – задача

сложная и определяется уровнем заболеваемости в регионе как среди животных, так и среди людей, профессиональной подготовленности практических врачей и наличием диагностических технологий. При этом следует учитывать эпидемиологический анамнез, 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 препаратов Мильгамма® могут потенцировать обезболивающий эффект и способствовать более быстрому регрессу болевого синдрома. Особенностью нашего исследования явилось 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 Мильгаммы® 14-дневного курса перорального приема препарата Мильгамма® комpositum способствует более полному проявлению терапевтического потенциала препаратов. И, наконец, полученные данные свидетельствуют о том, что эффективность комбинированного курса лечения Мильгаммой® прослеживается не только в краткосрочной, но и в среднесрочной (3-месячной) перспективе, чему также способствовало его продление за счет перорального приема даже Мильгамма® комpositum.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Статья опубликована при поддержке Представительства «Woerwag Pharma GmbH & Co.KG».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров Е.С. Бруцеллез. – 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., Дусейнова А.К. Бруцеллез. Клинические аспекты. – Алматы: Китап, 2002. – 352 с.
5. Касаткина И.Л., Беклемишев Н.Д. Патогенез пораженных суставов при бруцеллезе. – Алматы, 1976. – 232 с.
6. Knateeb M.J. Brucella arthritis: a study of 96 cases in Kuwait // Ann.Rheum.Dis. – 1990. – Vol. 15. – P. 994-998
7. Насонов Е.Л., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. – 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. – Алматы: Наука, 1965. – 332 с.
10. Брыжахин Г.Г., Белозеров Е.С. Бруцеллез (поражение нервной системы). – Алматы, 1993. – 158 с.
11. Курманова Г.М., Дусейнова А.К., Курманова К.Б., Спиричева Н.Х. Оценка иммунного статуса и дифференцированная иммунокоррекция при бруцеллезе: Методические рекомендации. – Алматы, 2002. – 30 с.
12. Бруцеллез. Современные подходы к терапии: Пособие для врачей / Под редакцией А.А. Шульдякова, М.Г. Романцова. – Саратов, СПб., 2006. – 28 с.

REFERENCES

1. Belozerov ES. *Brucellex* [Brucellosis]. Leningrad: Medicine, 1985. P. 183
2. *Infekcionnye bolezni: nacionalnoe rukovodstvo / Pod red. N.D. Jushhuka, Ju.Ja. Vengerova* [Infectious diseases: national guidelines / Ed. ND Yushchuk, UY Vengerov]. Moscow: GEOTAR-Media; 2009. P. 396-406
3. *Profilaktika i laboratornaya diagnostika brucelleza liudei: Metodicheskie ukazaniya MU 3.1.7.1189-03* [Prevention and laboratory diagnosis of humans brucellosis: Guidelines MU 3.1.7.1189-03]. Moscow: Federal Centre of Sanitary Inspection Ministry of Health of Russia; 2003. P. 58
4. Kurmanova KB, Duysenova AK. *Brucellex. Klinicheskie aspekty* [Brucellosis. Clinical aspects]. Almaty: Book; 2002. P. 352
5. Kasatkina IL, Beklemishev ND. *Patogenez porazhenii sustavov pri brucelleze* [Pathogenesis of lesions of the joints in brucellosis]. Almaty; 1976. P. 232
6. Knateeb M.J. Brucella arthritis: a study of 96 cases in Kuwait. *Ann.Rheum.Dis.* 1990;15:994-8
7. Nasonov EL, Bunchkuk NV. *Revmaticheskie bolezni* [Rheumatic diseases]. Moscow: Medicine; 1997. P. 520
8. *Brucellex / Pod red. P.A. Vershilovoi* [Brucellosis / Ed. PA Vershilova]. Moscow: Medicine; 1972. P. 436
9. Beklemishev ND. *Hronicheskij i latentnyj brucellex* [Chronic and latent brucellosis]. Almaty: The science; 1965. P. 332
10. Bryzhahin GG, Belozerov ES. *Brucellex (porazhenie nervnoj sistemy)* [Brucellosis (nervous system damage)]. Almaty; 1993. P. 158
11. Kurmanova GM, Duysenova AK, Kurmanova KB, Spiricheva NH. *Ocenka immunnogo statusa i differencirovannaya immunokorrekcija pri brucelleze: Metodicheskie rekomendacii* [Evaluation of the immune status and brucellosis differentiated immunotherated: Guidelines]. Almaty; 2002. P. 30
12. *Brucellex. Sovremennye podkhody k terapii: Posobie dlya vrachei. Pod redakciei A.A. Shuldyakova, M.G. Romancova*

[Brucellosis. Modern approaches to therapy: A guide for physicians. Edited by AA Shuldyakova, MG Romantsova]. Saratov, St. Petersburg; 2006. P. 28

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.З. ХАКИМОВА, А.Т. ЖУРАБЕКОВА

Самарқанд мемлекеттік медицина институты,

Самарқанд қ., Өзбекстан Республикасы

НЕВРОЛОГ-ДӘРІГЕРДІҢ РЕАЛДЫ ПРАКТИКАСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ БРУЦЕЛЛЕЗГЕ КЛИНИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКА ҚОЮ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Мақалада заманауи кезеңдегі созылмалы бруцеллездің клиникалық ағымының ерекшеліктері, диагностика қою және нерв жүйесі зақымданған пациенттердің өзіндік бақылауларының нәтижелері ескерілген емдеу мәселелері қарастырылған. Созылмалы бруцеллездің клиникалық-эпидемиологиялық, лабораториялық және инструментальды диагностикасының сипаттамасы берілген, этиопатогенетикалық терапия мәселелері қаралған.

Зерттеу мақсаты. Бруцеллезі бар науқастардың нерв жүйесі зақымданған жағдайда ауыру синдромын емдеуді жетілдіру.

Материал және әдістері. Біздің бақылауымызда 34 пациент болды, оларда бруцеллез ағымының ерекшеліктері анықталған болатын, бұл ерекшеліктер стандарт түрде тағайындалатын терапияны аздап түзетуді қажет еткен, яғни Мильгамма® препараты қосылған. Жынысына қарай әйелдер басым болды – 85%, ер адамдар 15%. Жасына қарай: 24 пен 30 жастағылар – 11,5%; 30 бен 40 жастағылар – 19,2%; 40 пен 50 жастағылар – 15,4%; 50 мен 60 жастағылар – 38,5%; 60 жастан жоғары – 15,4%, пациенттер жасы – 39 бен 84 жастағылар (53,7±2,3). Ауру ұзақтығы 0 мен 52 жас аралығында ауытқып тұрған. Бүкіл науқастар екі топқа бөлінді: негізгі – 24 пациент, олар дәстүрлі ем алумен қатар Мильгамма® препаратын қабылдағандар және бақылаушы топ, дәстүрлі ем ғана алғандар.

Нәтижелері және талқылауы. Ауруды жұқтыру мерзімдері ескерілген және эпидемиологиялық анамнезі қарастырылған клиникалық зерттеу нәтижесінде біз пациенттердің 65,4% созылмалы бруцеллезбен қатар сүйек-буын мен нерв жүйесі зақымданғандығын анықтадық, ал 34,6% – негізінен сүйек-буын жүйесі зақымданған. Емдеу тиімділігі ВАШ шкаласы бойынша 10-шы және 24-ші күндері және 3 пен 6 айдан соң бағаланған. Визуалды аналогты шкала деректеріне орай бүкіл зерттеу барысында дәстүрлі емге қарағанда Мильгамма® комбинациясының тиімділігінің анағұрлым жоғары үрдісі атап өтілген, алайда статистикалық шынайылық деңгейі тек 24-ші күні ғана белгілі болған. Невропатикалық ауыру шкаласының көмегі арқылы белгілі болғандай, комбинирленген терапия кезінде ғана аурудың ұдайылығы және өткірлігі секілді сипаттамалары шынайы азайған, ауруды көтере алушылық жақсарған. Мильгамманы® бергеннен кейін елеулі әсер 66% пациентте байқалды, бақылаушы топта – 34% ($p < 0,05$). 3 айдан кейін ауыру синдромы негізі топтағы науқастардың 63% не мүлдем жоқ болып кетті, не болмаса минималды болды, ал бақылаушы топтағы пациенттердің 50% ($p < 0,05$).

Қорытынды. Алынған нәтижелер көрсетіп отырғандай, В тобындағы дәрумендер кешені стероидті емес қабынуға қарсы құралдардың ауыртпау әсерін күшейте алады және ауыру синдромының анағұрлым жылдам әрі тұрақты регрессіне ықпал ете алады. Сондай-ақ нәтижелер бруцеллез кезінде нерв жүйесі зақымданған науқастарды емдегенде Мильгамма® пре-

паратын қолданудың тиімділігі мен қауіпсіздігін растап отыр. Олар мильгамма® препараттары құрамындағы нейротропты дәрумендердің жоғары дозаларының ауыртпау әсерін күшейтіп, ауыру синдромының неғұрлым жылдам регрессіне ықпал ете алатындығын көрсетіп отыр.

Негізгі сөздер: бруцеллез, диагностика, емдеу, Мильгамма®.

SUMMARY

S.Z. KHAKIMOVA, A.T. DZHURABEKOVA

Samarkand State Medical Institute, Samarkand c.,

Republic of Uzbekistan,

CLINICAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC BRUCELLOSIS IN REAL PRACTICE OF NEUROLOGIST

The article presents the contemporary features of chronic brucellosis clinical course, diagnostics and treatment based on the results of own observations of patients with nervous system lesions. Characteristic of clinical-epidemiological, laboratory and instrumental diagnostics of chronic brucellosis is provided, issues of ethiopathogenetic therapy are reviewed.

Purpose of the study. Improving the treatment of pain syndrome of nervous system lesions of patients with brucellosis.

Material and methods. We observed 34 patients who had features of clinical course of brucellosis requiring the correction of standard therapy added with Milgamma® medical drug. In terms of gender women were prevailing – 85%, men were presented by 15%. In terms of age: 24-30 years – 11.5%; 30-40 years – 19.2%; 40-50 years – 15.4%; 50-60 years – 38.5%; over 60 years – 15.4%. Patients aged 39-84 years (53,7 ± 2,3). Disease duration ranged from 0 to 52 years. All patients were divided into two groups: main group – 24 patients who were receiving the conventional treatment added with Milgamma® medical drug and control group – who were receiving only traditional treatment.

Results and discussion. In the result of clinical examination, taking into account the timing of infection and epidemiological history we identified chronic brucellosis combined with lesions of bones and joints and nervous systems among 65.4% of patients, and lesions of bones and joints system among 34.6% of patients. Treatment efficacy was evaluated on the 10th and 24th days by VAS, as well as after 3 and 6 months. On the basis of visual analogue scale data during the whole study a trend towards higher efficiency of Milgamma® combination was registered regarding conventional treatment too, but this difference reached the statistical significance level only by the 24th day. With neuropathic pain scale it was shown that only on the basis of the combined therapy such pain characteristics as intensity and sharpness significantly reduced, as well as tolerance to pain improved. A significant and moderate effect on the background of Milgamma® was observed among 66% of patients, and among 34% ($p < 0.05$) in the control group. After 3 months pain syndrome was absent or minimal among 63% of patients in the main group and among 50% of patients in the control group ($p < 0.05$).

Conclusions. The obtained results indicate that a complex of B vitamins can potentiate the analgesic effect of non-steroidal anti-inflammatory medical drugs and contribute to a more rapid and persistent regression of pain syndrome. Besides that, the results confirm the efficacy and safety of Milgamma® medical drugs in treatment of pain syndrome among patients with nervous system lesions at brucellosis. They evidence that high doses of vitamins contained in neurotropic Milgamma® medical drugs may potentiate the analgesic effect and contribute to a more rapid regression of pain syndrome.

Key words: brucellosis, diagnostics, treatment, Milgamma®.

Для ссылки: Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Клиническая диагностика и лечение хронического бруцеллеза в реальной практике врача-невролога // Medicine (Almaty). – 2016. – No 7 (169). – P. 68-72

Статья поступила в редакцию 15.06.2016 г.

Статья принята в печать 15.07.2016 г.