

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПОДОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА

*А.О. Орзикулов*

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии*

*Самаркандский государственный университет*

*Представлен редкий случай клиника бруцеллезного менингоэнцефалита. Указывается на особенности его клинического течения с поражением ЦНС, приводятся различные лабораторные анализы и обсуждаются методы рациональной терапии.*

*Ключевые слова: бруцеллез, менингоэнцефалит, диагностика, люмбальная пункция, терапия*

## THE ONE UNCOMMON CASE OF BRUCELLOSIS MENINGOENCEPHALITIS

*A.O. Orzikulov*

*Department of Infectious Diseases and Epidemiology*

*Samarkand State Medical University*

*Nowadays, a rare case of brucellosis meningoencephalitis is presented. Indicated on the features of its clinical course, the various laboratory analyzes are ad- duced and the methods of rational therapy are discussed.*

*Keywords: brucellosis, meningoencephalitis, diagnosis, lumbar puncture, therapy*

**Введение.** Поражение нервной системы при бруцеллезе встречается довольно часто. Давно замечено, что частота поражения нервной системы возрастает по мере перехода острого бруцеллезного процесса в затяжной и хронический. Многие больные предъявляют жалобы на головную боль, раздражительность, парестезии, боли в пояснице и ногах [2,3]. У них можно выявить симптомы пояснично-крестцового радикулита, неврита, невралгий, вегето-сосудистой дистонии. Именно поэтому в бруцеллезные отделения инфекционных стационаров часто приглашают на консультацию врачей –

неврологов [5].

Известно, что при бруцеллезе в патологический процесс может вовлекаться периферическая и вегетативная нервная система. Периферическая нервная система, по данным различных авторов, наблюдается в 37-90% [1]. Наиболее часты - невралгии, невриты, плекситы, причем особенно часто поражаются седалищный нерв и пояснично-крестцовое сплетение [2,4]. Вегетативные нарушения особенно характерны для хронического бруцеллеза. Е. С. Белозеров (1985) наблюдал их у 96,2% больных.

В то же время поражение центральной нервной системы встречается исключительно редко [5]. Например, тот же Е. С. Белозеров в 2000 году сообщает, что диагноз менингит в их исследовании был выставлен только у 1,6% больных с подострым бруцеллезом. Течение бруцеллезного менингита или менингоэнцефалита обычно вялое и затяжное, без четкой выраженности менингеальных симптомов [6]. Наиболее постоянные симптомы менингита - невыраженные головная боль и тошнота, повышение температуры до субфебрильных цифр. Симптомы Брудзинского и Кернига выражены слабо. Спинномозговая жидкость вытекает под небольшим давлением и, как правило, прозрачная с положительной реакцией Панди и Нонне-Апельта и повышенным цитозом. Цитоз - смешанного характера, в одних случаях преобладают лимфоциты, в других - нейтрофилы.

Мы наблюдали редкий случай бруцеллезного менингоэнцефалита весной 2025 года [7,8].

**Описание клинического наблюдения.** Больной Ж.А. 29 лет поступил в стационар 29 апреля 2025 г. с жалобами (со слов брата) на вялость, понижение аппетита, заторможенность, температура, головные боли, рвота.

Из анамнеза заболевание началось 5 марта 2025 года со слабостью, ознобом, повышением температуры. В последующие дни эти симптомы нарастали, наблюдался потливость, проходящие боли в суставах. Дома принимал парацетамол, цитрамон, состояние не улучшилось. 15 марта 2025 года обратился в амбулаторию и лечился с диагнозом грипп. От проведенного

лечения эффекта не было и 3 апреля 2025 года обратился в районную поликлинику, после обследования назначили амбулаторное лечение. От полученное лечение эффекта не было. 15 апреля 2025 года обратился к частному врачу и получал опять амбулаторное лечение. Несмотря на лечение у больного нарастала общую слабость, боли в суставах рук и ног, повышенную температуру, выраженную потливость, неприятные ощущения в пояснично-крестцовой области. Были жалобы и неврологического характера - на периодически появляющуюся тупую монотонную головную боль, раздражительность, нервозность, плохой сон, кожные парестезии, заторможенность. В последние дни головные боли нарастали, наблюдался рвота и заторможенность. В марте и апреле 2025 года похудел на 16 кг. 29 апреля 2025 года с братом обратились в областную многопрофильную больницу и после консультации врачей направили в областную клиническую инфекционную больницу.

Из анамнеза в март-апрель месяцах 2025-года среди овец наблюдались 7 случаев выкидыша и мертворождения.

При осмотре больного, что обращало на себя внимание, было бледное, амимичное лицо с полностью закрытым правым глазом. При искусственном поднятии правого верхнего века можно было заметить расходящееся косоглазие и мидриаз. Острота зрения на правом глазу, со слов пациента, снизилась. Левый глаз функционировал относительно хорошо. При попытке взглянуть на предметы обоими глазами - больной отмечал двоение.

Продолжая клинический осмотр заболевшего, мы выявили слабовыраженные менингеальные симптомы - ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и Брудзинского верхний.

Приводим результаты лабораторного обследования. Общий анализ крови: Нь - 70 г/л, Эр. -  $2,72 \times 10^{12}/л$ , ЦП - 0,8; СОЭ - 15 мм/ч, лейкоц. -  $5,4 \times 10^9/л$ , Э - 2%,

П - 4%, С - 54%, Л - 34%, М - 6%; общий анализ мочи - без патологии; кровь на серологическую реакцию Хеддельсона - резко положительная, р-я

Райта - титр 1:400, биохимический анализ крови: креатинин - 134 мкмоль/л, мочеви́на - 8,9 ммоль/л, остаточный азот 27 ммоль/л. Свёртываемость по Сухареву начало: 04:10; конец 04:57. Ликворограмма: спинномозговая жидкость бесцветная и прозрачная, реакция Нонне-Аппельта ++, Панди ++, белок - 1,70 г/л, цитоз - 750 кл в 1 мкл, нейтрофилы - 35%, лимфоциты - 65%;

**Клинический диагноз:** Основной: бруцеллезный менингоэнцефалит сренетяжёлое течение.

**Сопутствующий:** Анемия тяжёлой степени тяжести.

Больному назначили следующую терапию. Streptomycini sulfatis 0,5 x 2 раза в\м, Tab. Doksicyclini 0,1 X 2 раза внутрь; Ceftriaxone 1,0 x 2 раз в\в; Sol. Deksamethazoni по 4 мг 2 раза в сутки. Реосорбилакт 400,0 в\в капельно; Маннит 15,0 в\в капельно 2 раз в сутеи; Sol. Magnii sulfatis 25% - 5,0 , Sol. Natrii chloridi 0,9% - 100,0 в\в капельно 2 раз в сутки; Sol. Glucosae 5% - 200,0 , Sol. Acidi Ascorbini 5% - 4,0 в\в капельно.

Приведенный здесь случай не оставляет никакого сомнения в этиологии менингоэнцефалита. Диагноз основывается на данных эпидемиологического анамнеза, жалоб больной, клинической картины заболевания, лабораторных анализов и, в целом, положительного эффекта от лечения. Приведенный здесь случай подострого нейробруцеллеза проявлялся вялым и затяжным течением, со слабым симптомокомплексом поражения мягких мозговых оболочек и в целом соответствовал литературным описаниям менингоэнцефалита бруцеллезной этиологии.

Таким образом, диагноз бруцеллезный менингит нашел свое полное подтверждение. Окончательный клинический диагноз звучит так - бруцеллезный менингоэнцефалит, подострое течение. На 10-день терапии проводилась повторная спинномозговая пункция: СМЖ прозрачный, бесцветный, шла редкими каплями, реакция Панди +, общий белок 0,82 г/л, цитоз 8 кл/мкл, 100% лимфоциты.

Пациент выписан через 20 дней после стационарного лечения по причине клинического улучшения.

После проведенной терапии состояние пациента начало улучшаться. Температура тела начала нормализоваться через 5 дней. Сознание прояснилось, головные боли постепенно уменьшились, вскоре исчезли. Менингеальные симптомы постепенно исчезли.

**Заключение:** В практике инфекционистов, особенно инфекционистов Самаркандской области, диагноз «нейробруцеллез» не является большой редкостью. Когда речь идет о нейробруцеллезе, то всегда подразумевается поражение периферической нервной системы по типу радикулита, плексита, полиневрита, полирадикулоневрита. А вот поражение ЦНС у современных больных бруцеллезом встречается исключительно редко. Данное обстоятельство явилось причиной написания статьи.

#### **Литература.**

1. Orzikulov A. O., Rustamova Sh. A., Karamatullaeva Z. E. Analysis of the clinical course of viral hepatitis A in recent years-Problems of Biology and Medicine, 2018, 3, 1 (103) 127-128. b. 6. CDC DVH–Viral Hepatitis–Resource Center–MMWR Publications //Problems in biology and medicine. - 2018. - Т. 3. – no. 1. – S. 103. (in Uzb)
2. Orzikulov A. O., Rustamova Sh. A., Zhuraev Sh. A. Clinical and laboratory features of the course of erysipelas at the present stage // Achievements of science and education. – 2020. – No. 9 (63). – pp. 72-76. (in Russ).
3. Одилова Г. М., Муратова З. Т. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ //Экономика и социум. – 2024. – №. 4-2 (119). – С. 1072-1075.
4. N Yarmukhammedova, Sh Rustamova, Z Karamatullaeva Features of the clinical course of chronic viral hepatitis B against the background of HIV infection // Journal of Problems of Biology and Medicine. - 2017-№. 2 (94)-P. 159-164. (in Russ).
5. Одилова Г. М. и др. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТА ВЫЗЫВАЕМОЙ S. PNEUMONIAE ПО САМАРКАНДСКОЙ

ОБЛАСТИ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2019. – С. 180-181.

6. Одилова Г. М. и др. Клинические особенности течения ветряной оспы у взрослых в современных климатических условиях //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 28 (77). – С. 70-78.
7. Rustamova Sh.A., Kakhramonova A.K. Consequences in children born by cesarean section (using the Samarkand region as an example). Uzbek journal of case reports. 2023; 3(03), 90-92. (in Russ).
8. Одилова Г. М., Рустамова Ш. А., Караматуллаева З. Э. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2019. – С. 179-180.