

являются основным резервуаром многих возбудителей трансмиссивных инфекций. За последние годы увеличивается число случаев укусов клещей в Харьковской области; так, в 2007 г. по этому поводу за медицинской помощью обратилось 510 человек, в 2008 — 735, в 2009 — 1113, а в 2010 — 1180. Практически все районы Харьковской области являются энзоотическими по Лайм-боррелиозу. Применение метода ПЦР позволило впервые выявить естественную зараженность клещей и мелких млекопитающих возбудителями клещевых инфекций, при этом боррелиями было заражено 11 % клещей и 2,3 % мелких млекопитающих, эрлихиями — 1,8 % мелких млекопитающих и 4,5 % клещей, бабезии обнаруживались только в клещах (4,5 % зараженных). При обследовании 96 практически здоровых доноров было установлено, что антитела в различных титрах к возбудителю иксодового клещевого боррелиоза выявлены в 11 % случаев, к возбудителю моноцитарного эрлихиоза человека — в 4 % случаев и в 1 % случаев — к возбудителю гранулоцитарного анаплазмоза человека, в 3 % случаев имела место микст-инфекция.

За период 2004—2011 гг. Под нашим наблюдением находились 146 человек в возрасте от 18 до 72 лет с диагнозом болезнь Лайма (БЛ). У всех пациентов диагноз был установлен на основании эпидемиологических (присасывание клеща в анамнезе у 76 %), клинических (наличие мигрирующей эритемы у 87 %) и лабораторных данных (исследование крови методом ИФА к боррелии). На стадии ранней локализованной инфекции наблюдалось 87 человек (59,5 %), вторая стадия БЛ диагностирована у 37 больных (25,3 %), третья стадия — у 15,2 % больных. При этом поражение нервной системы встречалось на всех стадиях заболевания, а полисистемное поражение организма с вовлечением кожи, печени, нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата развивалось в течение 2—6 недель с момента инфицирования и позже. В 10,8 % случаев развивались поражения кожи в виде вторичных эритем, появлявшихся на отдаленных от места присасывания клеща участках кожи, а также акродерматит. У 32,4 % больных отмечался синдром общей интоксикации, у 35,1 % больных наблюдалась картина гепатита с легким течением, у 59,4 % больных ЛБ отмечена патология со стороны нервной системы в виде менинго-радикулоневрита (синдром Баннварта) — у 22,7 % больных, одностороннего прозопапреза или менингоэнцефалита (36,3 % и 4,5 %).

Одной из отличительных особенностей клещевого боррелиоза является склонность к рецидивирующему и хроническому течению, при этом особенно выражены поражения нервной системы. Между тем, именно на поздней стадии болезни адекватная оценка патологии ЦНС при нейроборрелиозе вызывает наибольшие трудности в связи с выраженным клиническим полиморфизмом и недостаточной настороженностью практических врачей по отношению к этому заболеванию, в связи с чем у большого числа пациентов заболевание длительное время остается не распознанным, а сами больные не получают необходимого этиотропного лечения. Мы проанализировали этиологическую структуру при энцефаломиелополирадикулоневритах и установили, что боррелия выделяется в 7,7 % случаев, а при рассеянных энцефаломиелитах — в 12 %.

Особенностью течения клещевых нейроинфекций является возможность как формирования грубого неврологического дефицита при неполной и несвоевременной диагностике и лечении, так и полного выздоровления при адекватно и своевременно проведенной терапии.

УДК 616.831-005-071.001.8

*С. А. Мамедалиева, А. М. Бубликова, О. Л. Максименко
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РАВНОВЕСИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Цель работы: определить клинико-диагностические возможности объективной оценки состояния функции равновесия при хронической церебральной недостаточности.

Под наблюдением находились 60 больных с хронической церебральной недостаточностью (клинический диагноз — дисциркуляторная энцефалопатия I и II стадий). Женщин было 40 (72,7 %), мужчин — 20 (25,0), в возрасте от 48 до 78 лет (средний возраст $58,2 \pm 5,1$ года). Контрольную группу (для отработки нормативных показателей компьютерной стабиллометрии) составили 50 клинически здоровых людей. Основными причинами дисциркуляторной

энцефалопатии (ДЭ) были артериальная гипертензия — у 78,1 % пациентов, атеросклероз церебральных сосудов — у 60 %, деформация позвоночных артерий вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника — у 49 %. У пациентов с I ст. ДЭ преобладали жалобы, обусловленные преимущественно астено-невротическим синдромом. Во II ст. заболевания у всех пациентов имели место нарушения в когнитивной сфере, кроме того выявлены двигательные нарушения у 79,2 %, вестибуло-атактический синдром — у 44,3 %, паркинсонический синдром — у 13,7 %.

Методы исследования включали: клинико-неврологические, клинико-инструментальные (магнитно-резонансная томография головного мозга, функциональная компьютерная стабиллометрия, транскраниальное дуплексное сканирование сосудов мозга).

Нейровизуализация головного мозга позволила выявить у 13,9 % двустороннее симметрично диффузное поражение белого вещества (лейкоареоз) в перивентрикулярной зоне и в зоне зрительной лучистости. Определялись множественные лакунарные очаги (размерами 3—18 мм) в базальных ганглиях, таламусе, мосте, мозжечке, белом веществе лобных долей, у всех больных имело место расширение желудочковой системы. Стабиллометрическое исследование позволило установить как общие особенности нарушения статической координации, характерные для II стадии ДЭ, так и стабиллографические критерии — «маркеры» формирующейся вестибуло-атактической, экстрапирамидной и пирамидной недостаточности. Общими, характерными для всех формирующихся синдромов, особенностями состояния равновесия в сравнении с ДЭ I ст., были: увеличение средней площади стабиллограммы (S) в молодом и зрелом возрасте в среднем на 32 %, в пожилом и старческом — на 69 %; длины пути (L) соответственно на 24 % и 39 %; скорости смещения ЦД (v) — на 26 % и 64 %. Положительной корреляционной связи между компьютерными стабиллограммами при ДЭ II ст. и основными факторами развития болезни нами не выявлено. В то же время установлено, что каждый неврологический синдром при ДЭ II ст. имеет свои «маркеры»: вестибуло-атактический синдром — грубое уменьшение эксцентриситета в среднем на 38 %, что отражает наличие колебаний преимущественно во фронтальной плоскости и многократное увеличение средней площади стабиллограммы (S); пирамидный синдром — характерную асимметрию проекции ЦД со смещением на «интактную» нижнюю конечность и увеличением расстояния между реальным и «идеальным» ЦД в фронтальной плоскости (Rx) в среднем на 43 %; экстрапирамидный синдром — грубое увеличение эксцентриситета эллипса — в среднем в 1,5 раза за счет амплитуды колебаний ЦД в саггитальной плоскости, увеличение расстояния между реальным и «идеальным» ЦД в саггитальной плоскости (Ry) с характерным смещением ЦД кпереди.

Таким образом, использование выявленных объективных критериев нарушения равновесия при I, II стадиях дисциркуляторной энцефалопатии актуально, по нашему мнению, не только в решении экспертно-диагностических задач, но и при создании комплексных программ нейрореабилитации, направленных на оптимизацию стато-локомоторной системы. Доказано, что функциональная компьютерная стабиллометрия является объективным методом оценки статического равновесия и позволяет установить начальные признаки неврологических синдромов при хронической церебральной недостаточности.

УДК 616.711.6. - 08

Мармуха В. И.

*КУ «Запорожская областная клиническая больница»
(г. Запорожье)*

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ

Актуальной проблемой современной вертебрологии является лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. В 70 % случаев преобладают боли поясничной локализации. Чаще всего страдают заболеванием лица молодого и среднего, самого трудоспособного возраста; велики экономические потери. Поэтому, представляется важным поиск новых путей решения этой проблемы.

Цель работы. Разработка новых эффективных лечебных комплексов с включением метода мануальной терапии (МТ) для лечения неврологических синдромов поясничного остеохондроза.

В специализированном неврологическом отделении № 2 КУ «Запорожская областная клиническая больница», входящем