



Рисунок 1. Диаграммы рассеяния значений субъективной оценки выраженности дизартрии согласно пункту 18 части III шкалы UPDRS, и значений показателя ККА.

**Выводы.** Предлагаемый метод автоматизированной оценки степени выраженности дизартрии показывает результаты, с большой степенью достоверности коррелирующие с субъективной оценкой.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗА (СИНДРОМ БАННВАРТА) С ОСТРЫМ РАЗВИТИЕМ ВЫРАЖЕННОГО ТЕТРАПРЕЗА

**Гурский И. С., Брант Е. В., Астапенко А. В., Лихачёв С. А.**

РНПЦ неврологии и нейрохирургии

**Введение.** Лайм-боррелиоз является эндемичной для Беларуси клещевой инфекцией. Синдром Баннварта является редким вариантом нейроборрелиоза, характеризующимся болезненной радикулопатией, невропатией, парезами конечностей различной степени выраженности и парезом лицевого нерва, а также лимфоцитарным плеоцитозом в СМЖ.

**Цель.** На примере собственного клинического наблюдения продемонстрировать возможность острого развития при Лайм-боррелиозе выраженного неврологического дефицита, требующего проведения неотложных лечебных и диагностических мероприятий.

**Материалы и методы:** Проанализирована история болезни пациентки С., поступившей в неврологическое отделение №2 РНПЦ неврологии и нейрохирургии 01.10.2018.

**Результаты.** Пациентка С. 44 лет, юрист, поступила в неврологическое отделение №2 РНПЦ неврологии и нейрохирургии 1 октября 2018 г. с жалобами на боли в пояснице с иррадиацией по задней поверхности правой ноги до середины бедра, онемение и чувство ползания мурашек в той же области; боли усиливались при длительном сидении и в ночное время. Пациентка считала себя больной с 15 сентября, когда после физической нагрузки появились боли в пояснице, на следующий день боли стали иррадиировать в правую ногу, с конца сентября боли усилились, стали беспокоить ночью. Лечилась амбулаторно: НПВС – без существенного эффекта, внутривенное капельное введение эуфиллина с дексаметазоном – с минимальным положительным эффектом. Амбулаторно пациентке 26.09.2018 была выполнена МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: дорзальные протрузии L3-L4, L4-L5, L5-S1 до 2.5-3 мм без признаков компрессии невралных структур. Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 2016 году, болезнь Боткина в детстве.

Неврологический статус при поступлении: сглажен поясничный лордоз, напряжение паравертебральных мышц на уровне L3-S1, умеренное ограничение движений в поясничном отделе позвоночника; в паравертебральных мышцах на уровне L5-S1 справа определялась триггерная точка, при пальпации которой отмечалась иррадиация боли по задней поверхности правой ноги, симптом Ласега справа под углом 60 градусов. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Установлен диагноз: Вертеброгенная правосторонняя люмбоишиалгия, умеренный болевой синдром. Назначены толперизон, троксерутин и омепразол внутрь, дексаметазон с эуфиллином внутривенно капельно, мелоксикам внутримышечно, на первый и третий дни госпитализации выполнены блокады триггерной точки с лидокаином.

В течение трёх дней на фоне проводимого лечения пациентка отмечала уменьшение болей. На четвёртый день вечером усилились боли в пояснице и правой ноге, появились боли в шейном отделе позвоночника. Болевой синдром не купировался внутривенным введением дексаметазона с эуфиллином, НПВС, анальгина с димедролом. Назначен промедол внутримышечно, болевой синдром сохранялся. На седьмые сутки пациентка переведена в отделение анестезиологии и реанимации, так как присоединились головная боль, парез лицевого нерва периферического типа слева, ограничение отведения левого глазного яблока кнаружи, развился умеренный вялый тетрапарез, более выраженный в разгибателях стоп, снились коленные рефлексy, выпали ахилловы, начала определяться ригидность мышц затылка. Выполнена спинномозговая пункция: общий белок 1.56, глюкоза 1.8, цитоз 287/3 (лимфоциты 98%, моноциты 2%, нейтрофилы 3%). Проводилась терапия ацикловиром внутривенно капельно, цефтриаксоном по 2.0 г внутривенно 2

раза в сутки, для купирования болевого синдрома – прегабалин. Выполнена КТ головного мозга: патологии не выявлено.

Парезы в конечностях продолжали нарастать, достигнув выраженной степени в разгибателях кистей, мышцах сводящих и разводящих пальцы рук, разгибателях голеней и стоп. Кроме того, сохранялись умеренный левосторонний прозопарез, парез наружной прямой мышцы левого глаза, умеренная ригидность мышц затылка; отмечалось отсутствие ахилловых рефлексов, резко снизились глубокие рефлексы с левой руки, вызывался кистевой симптом Россолимо справа. МРТ головного мозга: выявлены воспалительные изменения со стороны левого лицевого нерва (диффузное накопление контрастного препарата). МРТ грудного отдела позвоночника без патологии.

На фоне проводимой противовоспалительной терапии в дальнейшем отмечалось постепенное уменьшение болей, нарастание силы в конечностях. На восьмые сутки сохранялись умеренный левосторонний прозопарез, парез наружной прямой мышцы левого глаза, сила в разгибателях кистей и стоп выросла до 4-4.5 баллов, уменьшилась ригидность мышц затылка, сохранялся симптом Ласега с обеих сторон под углом 60 градусов.

На девятые сутки пациентка была переведена в неврологическое отделение №2. В последующем сила в конечностях восстановилась до 5 баллов, сохранялись умеренный левосторонний прозопарез и парез наружной прямой мышцы левого глаза, лёгкая ригидность мышц затылка, симптом Ласега. Результаты исследования крови на антитела к *V. burgdorferi*: IgM отрицательный, IgG положительный.

На десятые сутки пациентка для дальнейшего лечения переведена в отделение нейроинфекций УЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска с заключительным диагнозом: Лайм-боррелиоз. Синдром Баннварта. Продолжен курс цефтриаксона в течение 3 недель, выписана без неврологического дефицита.

**Выводы.** Представленный клинический случай демонстрирует возможность острого развития при нейроборрелиозе выраженного неврологического дефицита в форме вялых парезов конечностей, поражения черепных нервов (лицевой, отводящий) в сочетании с менингеальным синдромом, выраженную положительную динамику выявленных нарушений при своевременном назначении этиотропной терапии.

Другими особенностями рассмотренного случая являются отсутствие в анамнезе указаний на укусы клещей и/или кольцевидную эритему, дебют заболевания из клиники вертеброгенной люмбоишиалгии.