

початку прийому цитостатиків) у 82 % хворих обох груп був діагностований енцефалопатичний синдром. При цьому 37 % з 1-ї та 26,3 % пацієнтів з 2-ї групи відмічали появу нових суб'єктивних симптомів ураження нервової системи. Об'єктивні зміни в неврологічному статусі виявлені в 33,3 та 21 % пацієнтів з 1-ї та 2-ї груп відповідно. У 1-й групі пацієнтів мієлопатичний синдром діагностований у 3,7 %, радикулопатичний — у 11,1 %, полінейропатичний синдром — у 18,5 %. У 2-й групі пацієнтів радикулопатичний синдром виявлено в 5,2 % хворих та полінейропатичний — у 15,8 %.

**Висновки.** Призначення хімотерапевтичного лікування в хворих на хронічні лейкози може призводити до погіршення суб'єктивної та об'єктивної симптоматики, що потребує динамічного спостереження лікаря-невролога в даній групі пацієнтів.

УДК 616.74+575.1+613.95

ПІТИК М.І., ЛІСКЕВИЧ І.І.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: iryna\_liskevych@mail.ru

## ПОШИРЕНІСТЬ СПАДКОВИХ ХВОРОБ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ПРИКАРПАТТЯ

**Актуальність.** Спадкові хвороби нервово-м'язової системи — гетерогенна група захворювань, що характеризуються м'язовою слабкістю, атрофією та порушенням моторних функцій. Складність діагностики, дебют у ранньому дитячому віці, відсутність ефективних методів лікування та неухильне прогресування рухового дефіциту, що призводить до значної інвалідизації хворих, визначає цю нозологічну групу важливою медико-соціальною проблемою сучасної неврології дитячого віку. Незважаючи на значні досягнення медичної генетики в діагностиці генетичного дефекту та нових генних мутацій при спадкових нервово-м'язових захворюваннях, поширеність багатьох із них є невстановленою. В Україні у дитячій популяції вивчалася поширеність спінальних аміотрофій лише у Донецькій області (частота хвороби Вердніга — Гоффмана визначена як 2,64 на 100 тисяч дитячого населення, Кугельберга — Веландера — 0,45) та в Автономній Республіці Крим — поширеність становила 1 : 13 765.

**Метою** нашої роботи став аналіз поширеності спадкових нервово-м'язових хвороб серед дитячого населення Прикарпаття.

**Матеріал і методи дослідження.** Проаналізовані основні статистичні показники поширеності спадкових хвороб нервової системи серед дітей Івано-Франківської області за останні 3 роки.

**Результати та їх обговорення.** За цей період зареєстровано 124 випадки спадкових захворювань нервової

системи, що становить 0,44 ‰; з них 49,2 % припадає на захворювання нервово-м'язової системи. Найбільшу питому вагу мають моторно-сенсорні поліневропатії — 37,71 %, на прогресуючі м'язові дистрофії та спінальні аміотрофії припадає 34,43 та 27,86 % відповідно. Серед хворих дітей переважають хлопчики — 60,66 %. Жителі сільської місцевості становлять 75,41 %, міські жителі — 24,59 %; 29,51 % з них проживають у гірській та передгірській місцевості, стільки ж припадає на південно-східний регіон, 40,98 % — у Наддністрянському регіоні, 18,03 % — у потенційно екологічно небезпечних районах.

**Висновки.** Отримані дані щодо поширеності спадкових нервово-м'язових хвороб на Прикарпатті за останні 3 роки вказують на необхідність більш глибокого дослідження цієї проблеми, пошуку факторів ризику, що є важливою складовою в розробці нових ефективних шляхів профілактики.

УДК 616.995.42-02-036-22-07-08

ПІТИК М.І., ШАШАЛА М.В., СТАВНИКОВИЧ В.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: pityk@ukr.net

## УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПРИ БОРЕЛІОЗІ

Бореліоз (хвороба Лайма) є класичним природно-осередковим трансмісивним інфекційним захворюванням, збудник якого — грамнегативні спірохети *Borrelia burgdorferi*, які переносяться іксодовими кліщами та потрапляють в організм людини при укусі, аліментарним (вживання сирого козячого та коров'ячого молока) та контактним шляхом (при роздавлюванні інфікованого кліща на шкірі). Про перші випадки цієї хвороби в Україні стало відомо лише в 1994 році, а офіційно реєструється вона лише з 2000 року. Захворюваність становить у різних країнах від 10 до 70 випадків на 100 тис. населення (наприклад, Швеція; Ornstein K. et al., 2001). Резервуар і джерело поширення хвороби серед дітей — домашні (коти, собаки, кози) та дикі тварини. Ризик зараження зростає у весняно-літній період, що пов'язано із сезоном активності кліщів з квітня по жовтень у наших широтах. Фактори ризику — відвідування лісових масивів, паркових зон і скверів. Інкубаційний період триває від 3 до 35 днів, у середньому — 14–18 днів. Перебіг хвороби включає 3 стадії. Однією з її форм є нейробореліоз, який формується, як правило, переважно в структурі другої і, нерідко, третьої стадії захворювання. На першій стадії хвороби патогномонічною ознакою є мігруюча еритема розмірами до 15–20 см, яка з'являється після папули на місці укусу кліща і, як правило, не викликає неприємних відчуттів у хворого, тому часто проходить непоміченою. Симптомокомплекс першої стадії вклю-

чає регіональну лімфаденопатію, помірний біль голови, запаморочення, порушення сну, субфебрильну температуру, інколи — артралгії, міалгії, катаральні явища, біль в горлі, животі. Всі ці симптоми маскують хворобу і часто є основою діагностичних помилок. Еритема зазвичай зникає протягом 3–4 тижнів. На 4–6-му тижні з'являються ознаки другої стадії, серед яких частота уражень нервової системи становить від 10 до 70 %. Захворюваність на нейробореліоз у 2–4 рази вища, ніж на класичний кліщовий енцефаліт. Найчастіше нейробореліоз зустрічається у дітей та підлітків до 15 років, а також у дорослих віком від 25 до 45 років.

**Мета дослідження:** відзеркалення уражень нервової системи при нейробореліозі для оптимізації етіотропної терапії на основі поглиблення диференційної діагностики патоневрологічних фенотипів, що мають інші етіопатогенетичні механізми.

**Матеріал і методи дослідження.** Дослідження базується на аналізі частоти і клінічного характеру та перебігу уражень нервової системи при бореліозі (хворобі Лайма) на основі оцінки вітчизняних і зарубіжних публікацій з даної проблеми та власних спостережень.

**Результати.** Аналіз доступних джерел показав, що відмічається широкий спектр уражень периферичної і центральної нервової системи, серед яких більшість дослідників чітко виділяють такі основні синдроми: серозний менінгіт, нерідко у поєднанні з енцефалітом (менінгоенцефаліт); краніальна невропатія; полірадикулоневропатія — 15,3 % випадків (Зінчук О.М., 2009).

Менінгіт як самостійна форма нейробореліозу частіше зустрічається у дітей. У спинномозковій рідині виявляється помірний лімфоцитарний плеоцитоз (200–300 лімфоцитів в 1 мкл), збільшення вмісту білка до 3 г/л, нормальний або дещо знижений вміст глюкози. Нерідко має місце своєрідна клінічна дисоціація — симптоми Брудзинського та Керніга часто не виявляються або непостійні на тлі помірної ригідності потиличних м'язів, головного болю, нудоти, блювоти, фотофобії. Серед краніальних невропатій найчастіше виявляється ураження лицевого нерва, нерідко двобічне. Прогноз перебігу прозопарезів сприятливий, і повне відновлення функції м'язів настає через 1–1,5 місяця. Також уражаються окоорухові нерви, рідше — нерви бульбарної групи. Полірадикулоневропатія частіше має характер множинного ураження спинномозкових корінців із формуванням асиметричних парезів кінцівок з арефлексією, порушенням чутливості. У 10 % хворих може мати місце ураження нервової системи у вигляді гострого або підгострого енцефаліту з переважним ураженням білої речовини, формуванням пара- або тетрапарезів, тазових розладів, екстрапірамідних, мозочкових порушень, а також проявів ураження кори у вигляді афазій, когнітивних розладів, епілептичних припадків. У третій стадії нейробореліозу неврологічні порушення набувають тривалого або персистуючого перебігу у вигляді хронічного прогресуючого енцефаліту

або енцефаломієліту. Симптоми можуть неухильно наростати і відображають багатовогнищеве ураження нервової системи: псевдобульбарний синдром, мозочкові та екстрапірамідні порушення, епілептичні припадки. При нейровізуалізації (МРТ) виявляють перивентрикулярні та кортикальні вогнища у білій речовині, що вимагає диференціації із процесами демієлінізації. В окремих випадках знаходять сенсорні або сенсомоторні полінейропатії, полірадикуллопатії із больовим синдромом, розвиток млявих парезів і атрофій м'язів дистальних відділів кінцівок, особливо нижніх, ураження лицевого нерва, симптоми вегетативної дисфункції різного рівня. Описуються також випадки розвитку енцефалопатій переважно з когнітивними розладами (порушення пам'яті, уваги), афективними і астеничними проявами, порушеннями формули сну.

**Висновок.** Таким чином, нейробореліоз характеризується різноманітними порушеннями різних відділів нервової системи, які фенотипічно можуть нагадувати психоневрологічні розлади за іншими етіопатогенетичними механізмами, і їх валідна діагностика має значення для забезпечення ефективного етіотропного лікувального процесу.

УДК 616.724.4-008.6:615.213

ПОГОРЕЛОВ О.В.<sup>1</sup>, БАРАНЕНКО О.М.<sup>1</sup>, ПЕТРОВ О.С.<sup>1</sup>, КАЛЬБУС О.І.<sup>1</sup>, СОРОЧАН О.І.<sup>2</sup>, ЩИРОВА Е.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

<sup>2</sup>5-та міська лікарня, м. Дніпропетровськ, Україна

Адреса для листування з авторами:  
E-mail: aleksei.pogorelov@gmail.com

## ВИКОРИСТАННЯ ГАБАПЕНТИНУ ПРІ СИНДРОМІ ЗАП'ЯСТНОГО КАНАЛУ

Синдром зап'ястного каналу належить до компресійних нейропатій, що становлять значну частку уражень периферичної нервової системи, та є однією з найпоширеніших причин непрацездатності осіб молодого та середнього віку. Найчастіше чинник виникнення цієї патології — обертальні та згинальні рухи кисті під час роботи за комп'ютером, гри на клавішних музичних інструментах, а також роботи операторів ультразвукової діагностики, яким необхідно маніпулювати датчиками, утримувати їх під різними кутами деякий час, забезпечуючи певний тиск, та одночасно керувати роботою приладу з клавіатури.

Дослідження мало **за мету** оцінку ефективності терапії з включенням габапентину за критеріями зменшення проявів болю.

**Матеріали та методи дослідження.** Під наглядом перебувало 24 хворих віком  $35,3 \pm 5,1$  року, з них 8 чоловіків та 16 жінок. Усі вони мали позитивні симптоми Тінеля і Фалена, скаржились на наявність болю та парестезій на долонній поверхні, а також слабкість в I–III пальцях