

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.¹, БАРАНЕНКО О.М.¹, ПЕТРОВ О.С.¹, КАЛЬБУС О.І.¹, СОРОЧАН О.І.², ЩИРОВА Е.Н.²

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

²5-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

руки. У всіх чоловіків і у 14 з 16 жінок ураження мало двосторонній характер, 2 жінки мали односторонній синдром зап'ястного каналу. Наявність сенсомоторної нейропатії відповідної локалізації було підтверджено електронейроміографічно. Зважаючи на значний ступінь больового синдрому, що впливав на якість життя і працездатність, а також наявність центральних сенситивних порушень при хронічних больових синдромах, до звичайної терапії, що включала нестероїдні протизапальні та дегідратаційні засоби, було включено габапентин 300 мг 1 раз на добу протягом 7 днів з наступним підвищенням дози до 600 мг (розділена на 2 прийоми по 300 мг).

Результати. Протягом подальшого спостереження тривалістю в 1 місяць суттєве зменшення болю було у 7 чоловіків і 10 жінок, 1 чоловік і 5 жінок доповіли про періоди відсутності болю, 1 жінка виключена з дослідження через головний біль і запаморочення на фоні терапії.

Зроблено висновки про раціональність використання габапентину при виникненні болю при синдромі зап'ястного каналу, що підвищує ефективність лікування.

УДК 616.711-008.6:616.831-009.7:612.13-036:615.825
 ПОГОРЕЛОВ О.В., БАРАНЕНКО О.М., ЮДИНА Т.В.,
 ПЕТРОВ О.С., КАЛЬБУС О.І., ШАСТУН Н.П.
 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ
 України», м. Дніпропетровськ, Україна
 Адреса для листування з авторами:
 E-mail: aleksei.pogorelov@gmail.com

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНИЙ КРОВООБІГ У ПАЦІЄНТІВ З ВЕРТЕБРОГЕННИМИ СИНДРОМАМИ ТА ГОЛОВНИМ БОЛЕМ ПРИ МАНУАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ

Поширеність синдромів головного болю (ГБ) є високою, частина їх пов'язана з порушеннями у функціональних сегментах хребта внаслідок остеохондрозу (ОХЗ) та порушень інтрацеребрального кровообігу. Вплив м'яких мануальних технік (ММТ) при лікуванні таких станів є незаперечно актуальним питанням неврології в окресленій сфері.

Метою дослідження була оцінка особливостей інтегрального інтрацеребрального кровообігу в пацієнтів із синдромом ГБ за наявності функціональних порушень та/або ознак ОХЗ цервікального відділу хребта.

Матеріали та методи. Проведено дослідження 32 пацієнтів з даним типом порушень віком від 36 до 64 років (середній вік — 54,3) з ознаками функціональних порушень цервікального відділу хребта. ГБ у цих пацієнтів було можливо класифікувати як головний біль напруження (ГБН) — 8 (25 %); новий щоденний персистуючий головний біль (New daily-persistent headache — NDPH) — 1 (3,12 %); вірогідно васкулярного характеру ГБ — 12

(37,5 %); вірогідно цервікогенний ГБ (має зв'язок з рухами шиї, переважно односторонній, полегшення при блокадах) — 11 (34,37 %). Методом мануальної діагностики в пацієнтів було виявлено функціональні порушення сегментів ділянки шиї та рентгенографічно верифіковано ознаки ОХЗ. Проведення комп'ютерної імпедансометрії у вертебробазиллярному та каротидному басейнах виявило порушення еластико-тонічних властивостей судин, при цьому ознаки зниження реактивності корелювали з віком пацієнтів. Проведення ММТ упродовж 4 візитів супроводжувалось зниженням показників часу кровонаповнення, зменшенням інтенсивності та частоти ГБ. Клінічне поліпшення досягнуто у 3 пацієнтів з ГБН (37,5 % підгрупи), у 7 (58,3 %) — з підгрупи з вірогідно васкулярним характером ГБ, у 9 (81,8 %) — з цервікогенним ГБ, невизначена динаміка була при NDPH підтипі ГБ.

Висновки. Використання ММТ супроводжується позитивними змінами інтрацеребрального кровообігу та є клінічно ефективним при цервікогенному типі ГБ, ГБН та ГБ васкулярної етіології.

УДК 616.8-009.24-036.87:616.831-073.7

ПОГОРЕЛОВ О.В., БАРАНЕНКО О.М., ЮДИНА Т.В.,
 ПЕТРОВ О.С., КАЛЬБУС О.І., ШАСТУН Н.П.
 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ
 України», м. Дніпропетровськ, Україна
 Адреса для листування з авторами:
 E-mail: aleksei.pogorelov@gmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЇ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИХ ТА ІНШИХ СТАНАХ

Актуальність. Труднощі діагностики пароксизмальних станів, що межують з епілептичними синдромами, але не належать до класу епілепсії, мають глибинний характер внаслідок неповно досліджених патофізіологічних механізмів їх розвитку, семіології та недосконалих алгоритмів діагностики, що є актуальним для дослідження.

Метою даної роботи була оцінка ефективності діагностики лабільних та гіперлабільних типів ЕЕГ при мігрені з виявленням експресії рівня активності головного мозку в діапазонах індивідуальних частотно-реактивних ділянок спектра ЕЕГ.

Матеріали та методи. Досліджено 34 пацієнти з мігренню віком від 32 до 50 років (середній вік — 43,2); з них 23 жінки та 9 чоловіків. Для оцінки лабільності застосовано фізіологічні частоти стандартного ЕЕГ фотостимулятора, оцінка реактивності проведена за показниками росту рівня відповіді на індивідуально реактивних ділянках спектра ЕЕГ та за наявністю синхронізації таких частот з зовнішнім ритмом. Контрольна група — 21 особа порівняного віку без пароксизмальних станів.