

*І.С. Зозуля<sup>1</sup>, А.І. Зозуля<sup>2</sup>, А.О. Волосовець<sup>3</sup>, І.Ю. Бігун<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>Зозуля Іван Савович — доктор медичних наук, професор кафедри медицини невідкладних станів  
НМАПО імені П.Л. Шупика*

*<sup>2</sup>Зозуля Андрій Іванович — доктор медичних наук, професор кафедри медицини невідкладних станів  
НМАПО імені П.Л. Шупика*

*<sup>3</sup>Волосовець Антон Олександрович — доктор медичних наук, доцент кафедри медицини невідкладних станів  
НМАПО імені П.Л. Шупика*

*<sup>4</sup>Бігун Іван Юрійович — клінічний ординатор кафедри медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика*

## Нейропатії: діагностика, диференційна діагностика, лікування

### Актуальність проблеми

Сьогодні, в часи поширеності різних захворювань (судинного генезу, запального характеру, метаболічних порушень, онкологічних процесів), безконтрольного застосування медикаментозного лікування росте кількість ускладнень, таких як периферична нейропатія, радикулопатія, полірадикулопатія, плексопатія, полінейропатія, демієлінізуючі нейропатії, компресійні нейропатії тощо, які мають спільні моменти в загальних клінічних проявах і специфічних ознаках, а також подібне загальноклінічне і специфічне лікування.

Завдання лекції — описати клінічну характеристику окремих нейропатій відповідно до патогенетичних факторів, які їх спричинили, диференційну діагностику і засоби надання невідкладної допомоги.

### Термінологія

Нейропатія — це ураження тіла нервової клітини, яке проявляється окремо руховим або чутливим дефектом. Радикулопатія — це ураження в ділянці спинномозкового нерва, зазвичай уражаються корінці на якомусь рівні. Полірадикулопатія — те ж саме, але на рівні декількох корінців. Полірадикулонейропатія — те ж саме, але, окрім корінців спинномозкових нервів, ураження стосується і нервового стовбура. Периферична нейропатія — це ураження периферичної нервової системи, де страждають тіла нейронів, корінці спинномозкових нервів, нервові стовбури чи термінальні волокна. Полінейропатія — це ураження декількох периферичних нервів, зазвичай асиметрично. Мононейропатія — ураження одного периферичного нерва, частіше буває при локальній травмі. Існує множинна мононейропатія (мононеврит), при якій (якому) уражається декілька периферичних нервів (руки, ноги). Аксональна нейропатія — ураження аксона нервових клітин, а демієлінізуюча нейропатія — ураження мієлінової оболонки нерва.

Подальшим етапом лікаря є визначення типу ураження нервової системи, оскільки від цього залежить лікування і реабілітаційні заходи.

Терапія може бути етіотропною (спрямованою на боротьбу із причинним фактором захворювання) або симптоматичною.

### Синдром Гійєна — Барре

Одним із таких захворювань, які потребують невідкладної допомоги, є гостра запальна демієлінізуюча полірадикулонейропатія (синдром Гійєна — Барре). Захворювання починається зі швидкого прогресуючого порушення чутливості й слабкості, яке поширюється знизу догори (зі стоп до кистей — дистальні відділи), за «висхідним типом». Нерідко захворювання розвивається через декілька тижнів після гострої вірусної чи інших типів інфекції. Протягом декількох днів симптоми наростають. Симптоми варіюють від легких до дуже тяжких. Поряд із чутливими порушеннями наростають рухові, що проявляються у вигляді слабкості в дистальних відділах кінцівок, зниження чи повної втрати пропріоцептивних рефлексів. У крові можуть бути ознаки запального процесу (підвищення кількості лейкоцитів), підвищений рівень білка у спинно-

мозковій рідині. Хворі на гостру запальну демієлінізуючу полінейропатію потребують термінової госпіталізації в неврологічне відділення.

Окрім гострої форми демієлінізуючої полінейропатії, існує хронічна, яка розвивається і прогресує протягом тривалішого періоду, для її перебігу характерні загострення та ремісії. Очевидно, ця форма пов'язана з моноклональною гаммапатією типу IgM. Методи діагностики та лікування однотипні з гострою формою. Перш за все призначають плазмаферез. Процедуру проводять через день 4–5 разів. Можна використовувати доступ через периферичні вени, але краще — центральний внутрішньовенний доступ. Ефективне і внутрішньовенне введення імуноглобуліну в дозі 0,4 г/кг маси тіла на добу протягом 5 днів. Ці обидва методи лікування є ефективними уже на 2–3-й день терапії, хоча процес лікування може розтягнутися на декілька тижнів. У значній частині хворих клінічна картина покращується. У деяких пацієнтів відзначають дихальну недостатність. Кортикостероїди при гострій формі не завжди ефективні. Проте при хронічній формі застосування преднізолону в дозі 1 мг/кг/добу протягом 1 міс може значно покращити стан. Іноді необхідне проведення повторних курсів лікування. Рецидиви зазвичай відзначають через 3–8 тиж після покращення, що настало після першого курсу лікування. Подальша терапія визначається станом хворих.

### Судинна нейропатія

Нейропатія може розвиватися в результаті системних судинних захворювань (судинні васкуліти). Трапляються випадки ураження тільки судин периферичних нервів (vasa nervorum). Перебіг цієї нейропатії значно відрізняється від інших видів нейропатій. Дефіцит часто розвивається і наростає протягом декількох днів або тижнів. Бувають також множинні нейропатії. При прогресуванні процесу клінічна картина може генералізуватися у вигляді симетричної полінейропатії. Це серйозне захворювання, яке може прогресувати у разі відсутності лікування. Воно може асоціюватися з тяжким періартеріотом, ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком, гранулематозом. Для діагностики проводять біопсію периферичних нервів ураженої ділянки. Обов'язковим методом лікування є імуносупресивна терапія — преднізолон у дозі 1 мг/кг/добу в комбінації з циклофосфамідом. Його застосовують щоденно у таблетованій формі. Ефективність лікування проявляється першими результатами лише через декілька місяців.

### Алкогольна нейропатія

Алкогольна нейропатія — це сенсомоторна нейропатія з домінуванням ураження ніг на початкових стадіях захворювання. При продовженні вживання алкоголю процес поширюється і на верхні кінцівки.

До сенсорних симптомів відносять: оніміння, парестезії з відчуттям поколювання і сильним болем. Рухові симптоми проявляються у вигляді «звисаючої стопи», слабкості в кистях, можлива слабкість і в проксимальних відділах ніг. На електроміографії виявляють переважно аксональний тип ураження. Лабораторні дані свідчать про ураження печінки. Основним у лікуванні є повна відмова від вживання алкоголю, призначають дієту з високим

вмістом тіаміну — до 100 мг/добу. Покращення настає лише через кілька місяців. У хворих часто настає алкогольна дегенерація мозочка (аж до повної неможливості ходити внаслідок порушення рівноваги). Пацієнти з подібною дегенерацією мозочка значно гірше піддаються лікуванню.

Нейропатії можуть бути також пов'язані з механічною компресією стовбурів нервів під час глибокого сну (п. radialis — «звисаюча кисть», п. tibialis — «звисаюча стопа»).

### Діабетична нейропатія

Ураження центральної нервової системи при цукровому діабеті проявляється у вигляді енцефалопатії та мієлопатії. Нерідко енцефалопатія та мієлопатія розвиваються одночасно (енцефаломієлопатія). Енцефалопатія — наслідок гіпоглікемічних і кетоацидотичних станів. Клінічно проявляється цефалгічним, астено-невротичним, дисомнічним, кохлеовестибулярним синдромом, вегетативними розладами.

Гіпоглікемічна кома супроводжується розвитком розсіяної осередкової мікросимптоматики, вегетативної дисфункції та астено-невротичних проявів із міастенічним синдромом.

Мієлопатія нерідко проявляється вираженими провідниковими розладами больової і температурної чутливості в поєднанні з пірамідною недостатністю та рефлекторною пірамідною асиметрією.

Ураження периферичної нервової системи супроводжується дистальною діабетичною полінейропатією, що може мати форму сенсорної, моторної чи сенсомоторної. На початку це проявляється чутливими розладами у вигляді парестезій (відчуттям повзання мурашок), болю в нижніх кінцівках, особливо в нічний час, інколи з больовими судомами. У подальшому хворих турбує відчуття оніміння, синдром «ватних ніг». Під час огляду відзначають проксимальну аміотрофію. М'язи проксимальних відділів кінцівок стають слабкими, хворому важко вставати. У осіб старшого віку може розвинути осередкова нейропатія, яка супроводжується порушенням чутливості й монопарезами. Можливе ураження декількох нервів із формуванням комплексу симптомів. Серед черепно-мозкових нервів частіше уражаються окорухові нерви, що призводить до диплопії та косокості.

Діабетична автономна нейропатія проявляється у вигляді кардіоваскулярної, гастроінтестинальної, уrogenітальної форми, порушення системи дихання, порушення функції зниць, порушення функції потових залоз, нейропатії мозкового шару надниркових залоз, порушення терморегуляції, нейроендокринної системи, розвивається діабетична кахексія. Кардіоваскулярна форма проявляється тахікардією спокою, фіксованим ригідним серцевим ритмом, аритмією, ортостатичною гіпотензією, безбольовою ішемією та інфарктом міокарда. Серед найчастіших причин раптової серцевої смерті у хворих на цукровий діабет вважають автономну нейропатію. Серед гастроінтестинальної автономної нейропатії найчастіше виявляють гіпо- і атонію шлунка (гастропарез), гіпомоторику кишечника, рефлюкс-езофагіт, дисфагію, абдомінальний больовий синдром, а при уrogenітальній формі — атонію сечового міхура, еректильну дисфункцію, порушення вологості піхви.

Діабетична нейропатія має декілька різновидів:

1. Сенсомоторна діабетична полінейропатія. Характеризується двобічним порушенням чутливості дистальних відділів ніг у хворих на цукровий діабет. Проявляється однобічним боєм у ділянці попереку, стегні, паху, який посилюється з часом. Проявляються парестезії та порушення чутливості, слабкість чотириголового м'яза стегна. Її поява може бути несподівано швидкою, що спричиняє падіння хворого. Через декілька днів, тижнів з'являються атрофії уражених м'язів. Пацієнта продовжує турбувати сильний біль, що не піддається лікуванню анальгетиками.

2. Грудна діабетична радикулопатія. Дуже схожа за симптоматикою на ураження стегнового нерва. З'являється однобічний тиснучий біль у поперековому відділі хребта чи нижніх відділах грудної клітки. Біль може бути сильним, часто наявна гіперестезія шкіри (дотик до шкіри викликає неприємні відчуття). Анальгетики мало допомагають. Інколи ефективні трициклічні антидепресанти. Вони зменшують інтенсивність болю, покращують сон.

3. Діабетична полірадикулонеуропатія. Це окремих синдром, проте в його рамках можуть проявлятися нейропатія стегнового нерва і грудна радикулопатія. Хворі скаржаться на загальну слабкість і нездужання, яке може тривати декілька тижнів або місяців. Хворі втрачають апетит, худнуть. Інколи турбує біль у спині, в боці, інколи двобічно, слабкість у ногах, переважно у проксимальних відділах.

Із найчастіших ускладнень — утворення виразок стоп, деформація стоп, остеоартропатія (стопа Шарко). Виразкові ускладнення часто призводять до ампутації кінцівок.

### Хвороба Лайма

Проявом нейропатії є хвороба Лайма (кліщовий бореліоз). Зараження людини відбувається внаслідок укусу кліща. Ранніми симптомами є шкірні висипання — мігруюча еритема і грипоподібні явища — лихоманка, загальне нездужання, міалгія. Через декілька місяців з'являється ураження периферичних нервів. У лікуванні ефективна антибіотикотерапія (внутрішньовенне введення пеніциліну або цефтріаксону). Лікування триває 21 день.

### Інші нейропатії

У разі інфікування вірусом імунодефіциту людини можуть виникати гострі запальні демієлінізуючі полірадикулонеуропатії, або синдром Г'єна — Барре, причому вже на ранній стадії СНІДу. Головною ознакою є лімфоцитарний плеоцитоз у цереброспінальній ріднині. Лікування — як при ідіопатичному синдромі Г'єна — Барре.

Полірадикулопатія може виникати на тлі ураження цитомегаловірусною інфекцією. Також вона може поєднуватися зі СНІДом. Хворі скаржаться на однобічний біль і слабкість у нижніх кінцівках. Через кілька днів ці симптоми поширюються і на протилежний бік. У ділянці промежини з'являються порушення чутливості, розвивається нетримання сечі й калу. Поступово у процес залучаються і верхні кінцівки. Лікування ганцикловіром може на деякий час покращити стан пацієнтів. Але зазвичай прогноз несприятливий.

Можуть бути й інші нейропатії, такі як нейропатія лицевого нерва — синдром Белла і біль у ділянці вуха. Може бути двобічне ураження лицевого нерва. Грудний радикуліт подібний до діабетичного і проявляється сильним боєм у дерматоммах. Інколи відзначають плексит плечового сплетіння, множинні мононеврити і симетричну полінейропатію.

Діагностика всіх нейропатій складна, тому в ній використовують клінічні методи, рентгенодіагностику, серологічні та лабораторні дослідження.

### Список рекомендованої літератури

- Биллер Х. (2005) Практическая неврология. Лечение. Медицинская литература, Москва, 397 с.
- Зозуля И.С., Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. и др. (1997) Практическая неврология: неотложные состояния. Здоров'я, Київ, 214 с.
- Катэрино Дж.М., Кохан С. (2008) Медицина неотложных состояний. МЕДпресс-информ, Москва, 340 с.
- Мументалер М., Маттле Х., Левин О.С. (2007) Неврология. МЕДпресс-информ, Москва, 917 с.
- Сумин С.А. (2000) Неотложные состояния. Москва, 458 с.
- Штульман Д.Р., Левин О.С. (2007) Неврология. МЕДпресс-информ, Москва, 953 с.

## ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

**1. Чим зумовлена нейропатія?**

- ураженням тіла нервової клітини
- ураженням аксона
- ураженням мієлінової оболонки
- ураженням м'яза

**2. Які є нейропатії (за локалізацією)?**

- радикулопатія
- міопатія
- полірадикулопатія
- полірадикулонеуропатія
- мононейропатія

**3. Нейропатії з етіологічними факторами ураження:**

- гостра демієлінізуюча полірадикулонеуропатія Гійєна — Барре
- судинна нейропатія
- алкогольна нейропатія
- діабетична нейропатія
- запальна демієлінізуюча нейропатія
- гастропатія

**4. Основні симптоми нейропатії:**

- чутливі порушення
- моторні порушення
- трофічні порушення
- запальний характер крові
- головний біль

**5. Яка особливість чутливих і рухових порушень при синдромі Гійєна — Барре?**

- «висхідний тип»
- «низхідний тип»
- гострий
- хронічний
- дистальні відділи кінцівок
- проксимальні відділи кінцівок

**6. Лікувальна тактика при гострій формі синдрому Гійєна — Барре:**

- проведення плазмаферезу
- введення імуноглобулінів

- введення гормонів (преднізолон)
- введення ноотропів

**7. Алкогольна нейропатія — це:**

- сенсомоторна нейропатія
- аксональний тип ураження периферичних нервів
- мієлінітичний тип ураження периферичних нервів
- компресійне ураження периферичних нервів

**8. Лікування пацієнтів із алкогольною нейропатією:**

- призначення малих доз алкоголю
- відмова від вживання алкоголю
- дієта, збагачена вітаміном С
- дієта, збагачена вітаміном В1
- тіамін у високих дозах

**9. Діабетична полінейропатія — це:**

- ураження головного мозку (енцефалопатія)
- ураження периферичної нервової системи (мієлопатія)
- ураження вегетативної нервової системи (автономної)
- дистальна діабетична нейропатія, що проявляється у формі сенсорної, моторної, сенсомоторної
- дистальна діабетична нейропатія, що проявляється у формі переломів кісток кінцівок

**10. Діабетична автономна нейропатія проявляється патологією:**

- кардіоваскулярної системи
- гастроінтестинальної системи
- уrogenітальної системи
- дихальної системи
- діабетичної кахексії
- порушенням терморегуляції
- поєднанням вищенаведених варіантів

**11. Ускладнення діабетичної нейропатії:**

- остеоартропатія (стопа Шарко)
- виразки стоп (аж до гангрені й ампутації)
- гастропатія (гіпо-, атонія шлунка)
- атонія сечового міхура
- гіпомоторика кишечника
- дисфагія

Для отримання сертифіката дайте відповідь на тестові запитання в режимі on-line на сайті журналу [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua) або надішліть ксерокопію сторінок з відповідями разом з контактною інформацією за адресою: 01001, Київ-1, а/с «В»-82, ТОВ «МОРІОН»

**КОНТАКТНІ ДАНІ:**

ПІБ \_\_\_\_\_

Поштова адреса: індекс \_\_\_\_\_

область \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_

місто \_\_\_\_\_

вулиця \_\_\_\_\_

будинок \_\_\_\_\_

квартира \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_