

## МЕДИКО – ГЕОГРАФІЧНІ ПРОБЛЕМИ

УДК 616.832 – 004.2 – 036

**Н. П. ВОЛОШИНА, В. Ю. НЕКОС\***, д-р геогр. наук, проф.,  
**В. В. ВАСИЛОВСЬКИЙ**, канд. мед. наук

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, м. Харків;*

*\*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна*

### ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У РІЗНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Проведено комплексний аналіз поширеності розсіяного склерозу у різних регіонах України. Виявлені чинники ризику, які передують клінічній маніфестації дебюту. Подані різні варіанти дебютів при різних типах перебігу РС в західному та східному регіонах України, що простежено на моделях Харківської та Львівської областей.

**Ключові слова:** розсіяний склероз, особливості, фактори, Харківська область, Львівська область

The complex analysis of distribution of the dissipated sclerosis in different regions of Ukraine is conducted. Risk factors which precede to clinical manifestation of debut are exposed. The given different variants of debuts at different types of motion of the dissipated sclerosis in the western and east regions of Ukraine, that is demonstrated on the models of the Kharkov and Lvov regions.

**Key words:** the dissipated sclerosis, features, factors, Kharkov region, Lvov region

Проведен комплексный анализ распространения рассеянного склероза в разных регионах Украины. Выявлены факторы риска, которые предшествуют клинической манифестации дебюта. Поданные разные варианты дебютов при разных типах хода рассеянного склероза в западном и восточном регионах Украины, что демонстрируется на моделях Харьковской и Львовской областей.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, особенности, факторы, Харьковская область, Львовская область

Розсіяний склероз – це хронічне прогресуюче захворювання, при якому у різних ділянках центральної нервової системи (ЦНС) (головний та спинний мозок) виникають вогнища запалення, в яких відбувається руйнування мієлінової оболонки, що викриває та ізолює нервові волокна, а пізніше, при подальшому розвитку хвороби, й незворотне ураження самих нервових волокон та більш дифузно-розповсюджені дегенеративні і атрофічні зміни з боку нервової тканини в цілому.

При розсіяному склерозі різні відділи ЦНС ушкоджуються унаслідок атаки з боку власної імунної системи, тому це захворювання відносять до групи так званих аутоімунних захворювань. За рахунок порушення структури та функції мієліну (мієлінової оболонки) порушується проведення нервових імпульсів, тому це захворювання також відноситься до демієлінізуючих.

Мієлін-речовина ліпідної та білкової природи і руйнується вона у різних ділянках

ЦНС (тобто розсіяно) на різних етапах захворювання, а замість неї утворюються так звані «склеротичні» бляшки або рубці. Звідси і назва захворювання – «розсіяний склероз».

Захворювання звичайно характеризується розвитком загострень (рецидивів, атак), коли, як вважається, в основному і відбувається утворення нових запальних вогнищ та «бляшок», які перешкоджають проведенню нервових імпульсів в ЦНС. Загострення захворювання у таких хворих чергуються з періодами покращення (ремісії) або стабілізації стану. Така форма хвороби, так звана рецидивна (коли загострення чергуються з періодами покращення), спостерігається у приблизно 65 % хворих на розсіяний склероз у розвинених країнах. Згідно деяких даних, в Україні частка таких хворих складає лише біля 35 %, що, ймовірно, є результатом невчасного встановлення діагнозу із запізненням на 10 – 15 років, коли рецидивна форма перетво-

рюється на вторинно-прогресуючу форму РС, за якої хвороба набуває повільного безперервно прогресуючого перебігу.

Розсіяний склероз звичайно уражає молодих працездатних людей у віці 20 – 40 років, коли вперше виникають його симптоми, частіше у жінок, і є найбільш поширеною неврологічною причиною інвалідності у цій віковій групі.

У світі налічується близько 3 млн. людей, що страждають від РС. Найбільш розповсюджений розсіяний склероз в країнах з помірним кліматом, до якого відноситься й Україна, найменш розповсюджений – у екваторіальних. Хвороба найбільш поширена серед представників білої раси, особливо серед тих, хто народилися в північній Європі та північній Америці. Рідше розсіяний склероз зустрічається в південній Європі, Азії та Африці. В межах України розсіяний склероз найбільш розповсюджений у західних областях. В Україні, згідно останніх досліджень, налічується біля 18 000 – 21 000 хворих на розсіяний склероз, але реальна кількість хворих може бути суттєво більшою, з огляду на поєднання важкості діагностики цього захворювання та доступності необхідних методів діагностики для значної частини населення України.

Враховуючи неоднорідну розповсюдженість розсіяного склерозу у світі, можна припустити, що схильність до розсіяного склерозу обумовлена спадковими факторами та факторами довкілля, особливостями імунної системи у конкретної особи, але таку схильність на даний момент, нажаль, не можна визначити загальнодоступними аналізами.

Так, офіційна статистична звітність по розсіяному склерозу в Україні не дає можливості оцінити вплив несприятливих чинників зовнішнього середовища на виникнення хвороби. Хоча на сьогоднішній день доказано, що генетичні чинники впливають на захворюваність РС, тоді як чинники зовнішнього середовища обумовлюють особливості її течії [4, 5]. Ці питання були вивчені за допомогою оригінальної анкети опитування, розробленої у відділі нейрон-інфекцій та розсіяного склерозу ДУ "Інститут неврології психіатрії і наркології"

АМН України [6]. Моделлю для вивчення особливостей розсіяного склерозу в Україні стали два регіони з різним генетичним складом популяції і різними еколого-географічними особливостями – східний і західний (відповідно – Харківська і Львівська області).

Як відомо, в сучасній літературі в контексті розсіяного склерозу термін «клінічно ізольований синдром» означає дебют захворювання, тобто перші неврологічні прояви, характерні для розсіяного склерозу, або перше загострення, інакше називається «підозрюваний розсіяний склероз». Це означає появу у пацієнта симптомів характерних для розсіяного склерозу, підтвердження на МРТ вогнищевих уражень білої речовини головного мозку, характерного для розсіяного склерозу, але на момент констатації цих перших проявів ще не можливо застосувати діагноз «клінічно достовірний (безсумнівний) розсіяний склероз», тому як на момент оцінки стану пацієнта ще відсутні ознаки виникнення повторного та нового вогнища ураження (відсутність повторного загострення та відсутність нових симптомів за час спостереження, відсутність нових вогнищевих змін при виконанні повторної МРТ).

Термін «клінічно достовірний (або безсумнівний, підтверджений) розсіяний склероз» означає, що у пацієнта клінічно підтверджено появу нових вогнищевих уражень головного та / або спинного мозку через деякий час після перших проявів захворювання (як мінімум через 30 днів від дебюту захворювання). Звичайно це означає, що у пацієнта фіксується повторна атака (загострення) захворювання, тому як вважається, що саме у період загострення у більшості випадків виникають нові вогнища ураження ЦНС. Це можуть бути вогнища як попередньої локалізації, так і в інших місцях головного чи спинного мозку. В залежності від локалізації вони можуть себе проявляти тими чи іншими неврологічними симптомами. Тобто, «клінічно достовірний розсіяний склероз» встановлюється при повторному загостренні розсіяного склерозу та/або при наявності ознак прогресу захворювання з

появою нових симптомів, які вказують на нові вогнища ураження нервової системи.

Виділяють три основні типи перебігу розсіяного склерозу – рецидивний (РП), вторинно-прогресуючий (ВПП) і первинно-прогресуючий (ППП). В основі їх формування і клінічної гетерогенності знаходяться різні патогенетичні механізми, які відрізняються між собою морфологічними, імунногенетичними, електрофізіологічними, біохімічними особливостями [1, 2].

Диференціальний аналіз різних типів перебігу розсіяного склерозу свідчить про те, що найбільш благополучним в прогностичному відношенні є РП. Проте в рамках цього типу перебігу слід виділяти багатоманітні варіанти як за своїми клінічними проявами, так і за прогностичною значущістю. Разом із значним числом форм з субклінічним перебігом виявлена тенденція до зростання частоти, кратності, тривалості і тяжкості рецидивів, скороченню етапів рецидиву і трансформації РП в найнесприятливіший ВПП.

Одним з дискусійних і до кінця не вирішених питань, що мають великий теоретичний і практичний інтерес, виявляється питання про генетичну і Патонетичну ідентичність РП і ВПП розсіяного склерозу. Чи завжди вторинний прогрес є закономірним продовженням рецидивного етапу або ці два типи перебігу слід розмежовувати у зв'язку з різними механізмами їх формування? Судячи за даними численних досліджень, до 10 % хворих на розсіяний склероз мають доброякісні РП, що виключає надалі прогресивний етап розвитку [1, 2, 8 – 11]. У зв'язку з цим великий інтерес представляє порівняльний клінічний аналіз етапів рецидиву при РП і ВПП, що дозволяє оцінити особливості їх перебігу.

Характеристика РП і етапу рецидиву ВПП включала тривалість захворювання, частоту, тяжкість, тривалість рецидивів, темпи формування і регресу неврологічної симптоматики в рецидивах, синдромологічну структуру рецидивів, стійкість, тривалість і повноту ремісії між рецидивами.

При РП переважали короткі і легкі рецидиви з поступовими темпами входу і

виходу з них; поєднання часткового і одномоментного формування та регресу неврологічної симптоматики з виходом в повні и не повні ремісії середньої тривалості, які чергуються між собою при різних рецидивах. При ВПП виявилось характерним переважання важких і тривалих рецидивів з швидкими або сповільненими темпами як формування, так і регресу неврологічної симптоматики з тенденцією до того, що обважнює і подовжує рецидиви в процесі етапу рецидиву.

Таким чином, порівняльна оцінка різних показників, що характеризують етапи рецидиву при РП і ВПП, показала, що цим двом типам перебігу властива різна тяжкість рецидивів і різна їх тривалість; різні темпи входження в рецидиви і виходу з них; різна динаміка формування неврологічної симптоматики і її регресу; різні по тривалості, повноті і стабільності ремісії між рецидивами. Загальним для двох типів течії з'явилося часте (більш ніж у половини хворих в кожній групі) поєднання і чергування різних показників, що характеризують рецидиви, як у одного хворого, так і у різних хворих. Очевидно, цей феномен має універсальне значення для всіх показників, що характеризують структуру рецидивів, носить адаптивний характер і підтримує безперервність рецидивного процесу.

Чинники ризику розсіяного склерозу в Україні досліджувалися окремо для кожного типу перебігу захворювання-рецидивуючого (РП), вторинно-прогресуючого (ВПП) і первинно-прогресуючого (ППП) (табл. 1). З метою виявлення значимості окремих факторів ризику виникнення РС у Харківській і Львівській областях було використано комплексний прийом аналізу, що включає методи типологічного структурування, ранжування вторинного ряду за порядком зростання, визначення значень квартилів впорядкованого рядку й графіко-аналітичної інтерпретації результатів, а також кластерний аналіз із використанням пакета прикладних програм STATISTICA 6. Перший квартиль склали ознаки з найвищими ранг-групою факторів з найбільш високою частотою зустрічальності,

Таблиця 1

**Фактори ризику у пацієнтів Харківського і Львівського регіонів  
(у відсотках)**

| Фактор                             | Харківський регіон |                 |                |                     | Львівський регіон |                 |                |                     |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------|---------------------|-------------------|-----------------|----------------|---------------------|
|                                    | ППТ<br>(n = 68)    | ВПТ<br>(n = 94) | РТ<br>(n = 87) | Всього<br>(n = 249) | ППТ<br>(n = 37)   | ВПТ<br>(n = 57) | РТ<br>(n = 80) | Всього<br>(n = 174) |
| Міграція                           | 15,9               | 36,5            | 36,8           | 30,3                | 24,3              | 8,8             | 21,3           | 17,8                |
| Шкідливості                        | 52,4               | 4,8             | 29,7           | 41,2                | 40,5              | 31,6            | 47,5           | 40,8                |
| Спадковість                        | 13,2               | 14,1            | 14,5           | 13,7                | 16,2              | 7,0             | 12,5           | 11,5                |
| Перинатальні ускладнення           | 18,2               | 14,1            | 24,5           | 18,8                | 13,5              | 8,8             | 13,75          | 12,1                |
| Наслідки щеплень                   | 2,7                | 6,3             | 14,5           | 7,6                 | 2,7               | 3,5             | 3,75           | 3,5                 |
| Алергічні реакції                  | 25,8               | 26,1            | 24,6           | 25,6                | 24,3              | 7,0             | 28,8           | 20,7                |
| Недостатнє грудне годування        | 10,3               | 6,2             | 36,9           | 17,1                | 13,5              | 24,6            | 11,3           | 16,1                |
| Високий інфекційний індекс         | 52,6               | 48,1            | 43,6           | 48,5                | 48,6              | 64,9            | 51,3           | 55,2                |
| Кір                                | 35,6               | 42,0            | 29,9           | 34,1                | 62,2              | 52,6            | 58,8           | 57,5                |
| Краснуха                           | 7,7                | 22,2            | 21,3           | 17,9                | 29,7              | 26,3            | 26,3           | 27,0                |
| Паротит                            | 23,6               | 32,3            | 19,8           | 25,3                | 40,5              | 36,8            | 38,8           | 38,5                |
| Герпес (в т. ч. вітряна віспа)     | 34,8               | 30,6            | 36,9           | 33,6                | 8,1               | 47,4            | 36,3           | 33,9                |
| Ангіни                             | 47,3               | 42,2            | 39,4           | 42,8                | 32,4              | 42,1            | 61,3           | 48,9                |
| Отогенні процеси                   | 31,6               | 20,1            | 17,2           | 22,4                | 2,7               | 8,8             | 12,5           | 9,2                 |
| Вірусний гепатит                   | 2,6                | 8,2             | 9,7            | 6,9                 | 8,1               | 12,3            | 7,5            | 9,2                 |
| Хронічні соматичні захворювання    | 55,3               | 32,1            | 46,3           | 43,4                | 35,1              | 22,8            | 47,5           | 36,8                |
| Операції\                          | 26,3               | 42,4            | 26,8           | 32,6                | 24,3              | 36,8            | 30,0           | 31,0                |
| ЧМТ, спинальні травми              | 34,2               | 32,2            | 19,5           | 28,7                | 16,2              | 21,0            | 8,75           | 14,4                |
| Стреси                             | 36,8               | 42,2            | 29,3           | 36,4                | 27,0              | 29,8            | 22,5           | 25,9                |
| Ускладнений гінекологічний анамнез | 20,2               | 15,3            | 43,3           | 25,3                | 14,3              | 6,5             | 11,3           | 10,5                |

що вказує на найвищий ризик виникнення розсіяного склерозу (75% і більше). Ранговий кореляційний аналіз несприятливих факторів в анамнезі в пацієнтів Харківського і Львівського регіонів виявив сильний позитивний кореляційний зв'язок ( $p = 0,76$ ), що вказує на відсутність істотних відмінностей у їхній структурі при різній значимості окремих факторів ризику в Східному і Західному регіонах.

Таким чином, найбільш вагомими факторами ризику розсіяного склерозу в обох регіонах виявилися високий інфекційний індекс, кір, ангіни, герпес, а також хронічні соматичні захворювання, шкідливості й стреси. Для Харківського регіону при РП найбільшу питому вагу мала соматична патологія, шкідливості та стреси; для прогресуючих типів перебігу – стреси, а для ППП РС в обох регіонах шкідливості. У Львівському регіоні при всіх типах плину найбільш вагомим фактором ризику був високий інфекційний індекс, включаючи кір,

а для РП РС - ангіни й хронічні соматичні захворювання (табл. 1).

За даними кластерного аналізу в Харківському регіоні окремими незалежними факторами ризику виникнення розсіяного склерозу виявилися шкідливості, обтяжений гінекологічний анамнез і недостатнє грудне вигодовування, у той час як у Львівському – кір, ангіни, і високий інфекційний індекс.

Однієї з найважливіших завдань є достовірна діагностика розсіяного склерозу на етапі дебюту. Для рішення цього завдання нами був проведений всебічний поглиблений аналіз особливостей протікання дебютів при різних типах плину розсіяного склерозу у Західному й Східному регіонах України на моделях Харківської й Львівської областей. Дані катамнеза, отримані шляхом проспективного спостереження за хворими від 3 до 20 років з достовірним діагнозом розсіяного склерозу, по Позері,

дозволили вивчити особливості протікання дебютів у хворих з відомим типом плинину [7].

Обстежено 320 хворих (230 – у Харківському регіоні й 90 – у Львівському), у тому числі із РП – 114 хворих (70 з Харківському й 44 – у Львівському регіонах); із ВПП – 126 хворих (90 – у Харківському й 36 – у Львівському регіонах); із ППП – 80 хворих (70 – у Харківському й 10 – у Львівському регіонах).

При характеристиці дебюту враховувалися наступні показники: підлога, вік початку захворювання, фактори ризику, що передують клінічній маніфестації дебюту, наявність провісників дебюту, характер дебюту, клінічна характеристика провідних синдромів, темпи формування неврологічної симптоматики, тривалість дебюту, вага дебюту, клінічні ремісії після дебюту при РП і ВПП тривалість ремісії при РП і ВПП, наявність етапу стабілізації після дебюту або безпосереднє прогресування при ППП.

У результаті проведених досліджень були виявлені характерні риси протікання дебютів у Харківському й Львівському регіонах й їхні істотні відмінності при різних типах плинину РС.

Так, для дебютів при РП на заході й сході країни виявилася характерним перевага жінок молодого віку, швидкі темпи розвитку клінічної симптоматики, моносиндромний характер дебюту, короткі й середньої тривалості ремісії після дебюту. Разом з тим у Харківській області переважали короткі й легкі дебюти й повні клінічні ремісії після дебюту; у Львівській – дебюти носили більше тривалий і важкий характер (переважав середній ступінь важкості), з виходом у неповні клінічні ремісії. Таким чином, дебюти при РП у Львівській області, з урахуванням таких показників, як вага, тривалість і ступінь повноти ремісій, на відміну від Харківської області, мають більше несприятливий перебіг (табл. 2).

Таблиця 2

Порівняльна характеристика дебютів при РП РС у західному й східному регіонах України

| Харківський регіон                                           | Львівський регіон                                       |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Жінки молодого віку                                          | Жінки молодого віку                                     |
| Рідкі передвісники дебюту                                    | Часті передвісники дебюту                               |
| Відсутність видимої причини, яка передую маніфестації дебюту | Часте начало захворювання після інфекцій                |
| Швидкі темпи розвитку                                        | Швидкі темпи розвитку                                   |
| Моносиндромна симптоматика                                   | Моносиндромна симптоматика                              |
| Коротка тривалість                                           | Тривалі дебюти                                          |
| Легкий ступінь тяжкості                                      | Середній ступінь тяжкості                               |
| Короткі й середньої тривалості повні клінічні ремісії        | Короткі й середньої тривалості неповні клінічні ремісії |
| Переважає сприятливий прогноз                                | Переважає несприятливий прогноз                         |

Характерними рисами дебютів при ВПП РС у Харківській області є значна перевага молодих жінок, рідкість виникнення провісників дебюту, швидкі, у тому числі інсультподібні, темпи розвитку клінічної симптоматики у вигляді моно- і олігосиндромних і тривалих легких дебютів з подальшим виходом у повні клінічні ремісії різної тривалості. Дебюти при ВПП у Львівській області характеризуються молодим віком

хворих з відсутністю достовірних гендерних відмінностей, частими провісниками дебюту, виникненням перших клінічних симптомів дебюту під впливом інфекцій, різними по швидкості темпами формування переважно полісиндромних тривалих дебютів середньої тяжкості з наступним виходом як у повні, так і неповні клінічні ремісії середньої тривалості та тривалі (табл.3).

Таблиця 3

**Порівняльна характеристика дебютів при ВПП РС у західному і східному регіонах України**

| Харківський регіон                                           | Львівський регіон                                                   |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Значне переважання жінок молодого віку                       | Молодий вік з відсутністю вірогідних гендерних відмінностей         |
| Рідкі передвісники дебюту                                    | Часті передвісники дебюту                                           |
| Відсутність видимої причини, що передуює маніфестації дебюту | Частий початок захворювання під впливом інфекцій                    |
| Швидкі, в т. ч. інсультподібні темпи розвитку                | Різні темпи розвитку                                                |
| Моно- і олігосиндромна симптоматика                          | Полісиндромна симптоматика                                          |
| Тривалі дебюти                                               | Тривалі дебюти                                                      |
| Легкий ступінь тяжкості                                      | Середній ступінь тяжкості                                           |
| Повні ремісії різної тривалості                              | Поєднання повних и неповних ремісій середньої тривалості і тривалих |
| Переважає несприятливий прогноз                              | Переважає несприятливий прогноз                                     |

Дебюти при ППП РС в Харківській області характеризуються зростанням питомої ваги чоловіків у порівнянні РП і ВПП, молодим віком, частою появою передвісників дебюту, сповільненими темпами розвитку моно- і полісиндромних тривалих дебютів різного ступеня тяжкості. Характерними особливостями дебютів при ППП РС в Львівській області є незначні гендерні відмінності, середній вік, часті передвісники дебюту, швидке, зокрема, інсультподібні темпи формування переважно моносиндромних тривалих дебютів середньої тяжкості при повній відсутності важких дебютів (табл.4).

Порівняльна характеристика клінічних синдромів дебюту носила неоднозначний характер і мала істотні регіональні відмінності при різних типах перебігу. На сході країни при РП і ВПП структура клінічної симптоматики в дебюті не мала принципових відмінностей і характеризувалася частими поразками зорових нервів у вигляді ретробульбарного невриту (РБН), частіше односторонньої локалізації; рідкими сфінктерними порушеннями; легкими і помірними, як правило, швидко приходящими, пірамідними синдромами; не грубими порушеннями мозочку; переважанням чутливих розладів при РП; відносно рідкісними ураженнями черепно-мозкових нервів.

Таблиця 4

**Порівняльна характеристика дебютів при ППП РС у західному і східному регіонах України**

| Харьковский регион                                                                                                          | Львовский регион                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ріст питомої ваги кількості чоловіків у порівнянні з РП и ВПП                                                               | Відсутність вірогідних гендерних відмінностей                                                                               |
| Часті передвісники дебюту                                                                                                   | Часті передвісники дебюту                                                                                                   |
| Відсутність видимої причини, що передуює маніфестації дебюту                                                                | Частий початок захворювання під впливом інфекції                                                                            |
| Уповільнені темпи розвитку                                                                                                  | Швидкі, в т. ч. інсультподібні, темпи розвитку                                                                              |
| Моно- и полісиндромна симптоматика                                                                                          | Моносиндромна симптоматика                                                                                                  |
| Тривалі дебюти                                                                                                              | Тривалі дебюти                                                                                                              |
| Різний ступінь тяжкості                                                                                                     | Середній ступінь тяжкості                                                                                                   |
| Відсутність ремісій після дебюту з переходом:<br>- в стабілізацію;<br>- в подальше прогресування безпосередньо після дебюту | Відсутність ремісій після дебюту з переходом:<br>- в стабілізацію;<br>- в подальше прогресування безпосередньо після дебюту |
| Несприятливий прогноз                                                                                                       | Несприятливий прогноз                                                                                                       |

В цілому, клінічна симптоматика в дебютах при РП і ВПП відрізнялася нестійкими поєднаннями, швидким і, як правило, повноцінним регресом неврологічного дефіциту під впливом імунотропної терапії. При ППП, на відміну від РП і ВПП, відмічено значне переважання пірамідного, мозочково-атактичного синдромів і сфінктерних розладів; відносна рідкість чутливих порушень;

кістю, динамізмом, частими асиметріями і синдромами дисоціацій, що виникають в відсутність РБН. У Львівській області, на відміну від Харківської, при всіх типах перебігу значно переважали пірамідні синдроми, рідше спостерігалися РБН (при РП і ВПП) і чутливі порушення (при ППП), були відсутні сфінктерні розлади при ППП (табл. 5).

Таблиця 5

Порівняльна характеристика провідних синдромів дебюту при різних типах перебігу РС (у відсотках) в Західному і Східному регіонах України

| Синдром дебюту       | РТ                       |                         | ВПП                      |                         | ППП                      |                         |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
|                      | Харківська обл. (n = 70) | Львівська обл. (n = 44) | Харківська обл. (n = 90) | Львівська обл. (n = 36) | Харківська обл. (n = 70) | Львівська обл. (n = 10) |
| РБН                  | 31,4                     | 11,4                    | 37,0                     | 11,1                    | —                        | —                       |
| Пірамідні            | 41,4                     | 72,7                    | 45,6                     | 86,1                    | 67,1                     | 70,0                    |
| Чутливісні           | 45,7                     | 38,6                    | 27,8                     | 47,2                    | 25,7                     | 40,0                    |
| Мозочкові            | 37,1                     | 29,5                    | 33,3                     | 47,2                    | 65,7                     | 20,0                    |
| Стовбурні            | 28,6                     | 25                      | 27,8                     | 22,2                    | 30                       | —                       |
| Сфінктерні порушення | 11,4                     | 15,9                    | 7,8                      | 8,3                     | 21,4                     | —                       |

Таким чином, відсутність принципових відмінностей в структурі дебютів при РП і ВПП на сході України, може свідчити про близькість патогенетичних механізмів, які лежать в основі формування цих типів перебігу. Структура дебюту при ППП принципово відрізняється від перших двох типів перебігу за такими важливими показниками, як стать, вік, темпи розвитку дебюту, його характер, тяжкість і тривалість. Ці відмінності можуть служити основою для формування диференціально-діагностичних критеріїв для майбутнього ППП вже на етапі дебюту. У Львівській області на відміну від Харківської, не знайдені істотні відмінності в протіканні дебютів при різних типах перебігу РС, що істотно утруднює диференціальну діагностику на етапі дебюту.

Істотні відмінності в протіканні дебютів в Харківській і Львівській областях можуть свідчити про можливі екологічні і генетичні відмінності популяцій на заході і сході країни, що визначають клінічну гетерогенність в структурі дебютів РС цих регіонів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И. Рассеянный склероз / Е. И. Гусев, Т. Л. Демина, А. И. Бойко – М: Нефть-газ, 1997. – 464 с.
2. Завалишин И. А. Рассеянный склероз: избранные вопросы теории и практики / И. А. Завалишин – М.: 2000. – 640 с.

3. McDonald W. NMR in diagnosis, monitoring treatment and epidemiology of multiple sclerosis / W. McDonald // Acta Neurol. Scand. – 1995. – P. 52–53.
4. Kurtzke J. F. MS epidemiology world wide. One view of current status // Ibid. – 1995. – 91(161). – P.23–33.
5. Павлюк Н. Э. Особенности рассеянного склероза в дальневосточном регионе: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Н. Э. Павлюк – Новосибирск, 1995.
6. Негреба Т. В. Клінічна діагностика різних типів перебігу розсіяного склерозу (збірка анкет). Авторське свідоцтво про реєстрацію права на твір № 8675 від 31.10.2003.
7. Poser S. M. New diagnostic criteria for multiple sclerosis / S. M. Poser, D. W. Paty, I. Szeinberg // Ann Neurol. – 1983; V.13: – P. 227–231.
8. Бисага Г. Н. Рассеянный склероз. Современные представления, диагностика и лечение / Г. Н. Бисага – СПб.: Аспект плюс. – 2001. – 41с.
9. Негреба Т. В. Клиническая характеристика прогрессирующих типов течения рассеянного склероза / Т. В. Негреба // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т. 11.–Вип.1(34). – С. 16–18.
10. Томпсон Алан Дж. Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы / Алан Дж. Томпсон, Крис Полман, Райнхард Хольфельд.; Пер. с англ. Н. А. Тотолян; Под ред А. А. Скоромца. – СПб.: Политехника, 2001. – 422 с.
11. Poser S. M. Exacerbations, activity and progression in multiple sclerosis // Arch. Neurol. – 1999. – Vol.37. – p. 471–474.

Надійшла до редколегії 15.09.2009

© Волошина Н. П., Некос В. Ю.,  
Василовський В. В., 2009

