



суглобах. Спазм стартував з ноги і розповсюджувався на руку. Тривалість пароксизму складала від декількох секунд до декількох хвилин. У решти хворих (7 чоловіків та 11 жінок) тонічні спазми виникли на третьому році хвороби і у чотирьох з них супроводжувалися втягненням м'язової мускулатури. Цікавим був той факт, що тонічні спазми в трьох пацієнтів з вперше встановленим РС провокувалися звуком мобільного телефону, у п'ятьох дотиком холодного предмету до ноги, у решти виникали спонтанно.

При аналізі МРТ було встановлено, що у всіх хворих з дебютом РС у вигляді тонічних спазмів були активні вогнища демієлізації в головному мозку, які локалізувалися перивентрикулярно в ділянці заднього стегна внутрішньої капсули поблизу сочевицеподібного ядра і тільки у семи хворих з геміспазмом були субтенторіальні вогнища демієлізації в ділянці варолієвого моста. Пульс терапія, що застосовувалася у хворих з загостренням РС, повністю компенсувала тонічні спазми. У частини хворих в період ремісії ефективною була терапія антипароксизмальними засобами і у шістьох хворих підібрати ефективне лікування не вдалося.

**Кричун І.І.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТО-СУДИННИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОЇ ДИСКОГЕННОЇ ЛЮМБАЛГІЇ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Вегето-судинні порушення які виникають в процесі розвитку любых захворювань людини впливають на їх перебіг і повинні враховуватись при лікуванні. На сьогодні є мало вивченими надсегментарні вегетативні порушення при неврологічних проявах остеохондрозу поперекового відділу хребта. Тому ми поставили собі за мету вивчити клінічні особливості синдрому вегето-судинної дистонії (ВСД) у хворих із загостренням хронічної дискогенної люмбагії.

Обстежено 32 хворих чоловічої статі (середній вік –  $25,53 \pm 7,1$ ) на хронічну люмбагію внаслідок кили диску LIV-LV у фазі загострення. Вивчені показники порівняні з аналогічними показниками у 10 здорових осіб аналогічного віку. Для дослідження вегетативних порушень були використані опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін та схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень (Вейн О.М., 2000). Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми "BioStat" та програми Excel з пакету програм Microsoft Office 2007 з використанням кутового Фішера.

За результатами клініко-неврологічного обстеження у 26 хворих ВСД був діагностований гіпертонічний тип ВСД та у 6 – гіпотонічний. У хворих з діагностованим гіпертонічним типом ВСД статистично вірогідно порівняно з контролем за критерієм Фішера переважали наступні ознаки: схильність до поблідіння обличчя у 53%, оніміння чи похолодіння пальців кистей і ступнів 61,8%, гіпервентиляційний синдром 50%, лабільність АТ та пульсу, наявність підвищеної тривожності, астенія. Часто відмічались запаморочення, головний біль давлючого характеру в скронях, який проходив після прийому спазмолітиків.

Таким чином, у хворих на неврологічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта частіше зустрічаються вегето-судинні порушення за гіпертонічним типом, що можна пояснити активацією симпатичної нервової системи на тлі больового синдрому. Тому в комплексному лікуванні таких хворих слід використовувати вегетокоректори.

**Пашковський В.М.**

### **ВЕРТЕБРОГЕННІ БОЛЬОВІ СИНДРОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема больового синдрому у хворих на розсіяний склероз (РС) на сьогодні набуває все більшої актуальності. Роботи останніх років свідчать про те, що не менше 2/3 пацієнтів із РС (від 50 до 80 %) в тій чи іншій мірі страждають від болю, при цьому не менше 40 % з них характеризують його як постійний. Хворі на РС при наявності больового синдрому більш інвалідизовані і соціально дезадаптовані, ніж хворі з аналогічним неврологічним дефектом, але без больового синдрому.

Вертеброгенні больові синдроми (ВБС) при РС формуються під впливом декількох факторів, серед яких найчастіше є вогнища демієлізації, дистрофічні зміни хребта та остеопороз. При РС ВБС має свої особливості. Це - ранній початок, довготривалий біль без чітких періодів погіршення і покращення, м'язово-тонічні порушення помірно виражені і спостерігаються в усіх відділах хребта, корінцеві розлади не тяжкі, досить часто супроводжуються симптомом Лермітта, на рентгенограмах - дистрофічні зміни незначні, що не відповідає тривалості та інтенсивності больового синдрому, а також неспецифічність стандартної, комплексної терапії. При МРТ-дослідженні є можливість виявляти вогнища демієлізації на рівні протрузій міжхребетних дисків.

З огляду на наявність ВБС у хворих на РС ця тема є актуальною і вважаємо за доцільне вивчити особливості клінічних проявів ВБС, особливо на початку захворювання.

Метою роботи було вивчення клінічних особливостей ВБС та їх характер у хворих на РС, особливо на початку захворювання, для оптимізації лікувально-діагностичних засобів.



Обстежено 212 хворих на РС. Серед них у 18 (8,5 %) пацієнтів (11 жінок, 7 чоловіків) захворювання починалось із больових відчуттів у хребті. Вік хворих - від 25 до 48 років. Давність захворювання - від 2 до 14 років. Початок захворювання з ВБС у 16 хворих був поступовим, у 2 - гострим. Основними скаргами у хворих були болі в шийному відділі хребта (2 хворих), у грудному відділі та грудній клітці (4 хворих) та у попереково-крижовому відділі (12 хворих). Переважали болі соматогенного характеру, рідше психогенного. Інтенсивність больового синдрому визначали за допомогою візуальної аналогової шкали болю (ВАШ). Усім хворим проводили рентгенологічне обстеження хребта у двох проекціях.

У 2 хворих жіночої статі з'явився гострий біль у шийному відділі хребта, який вони пов'язували з роботою у вимушеному положенні (робота за комп'ютером) та протягами. За шкалою ВАШ вони оцінювали біль у 3–4 бали. Біль турбував їх упродовж 2–3 діб, за медичною допомогою вони не зверталися, лікувались амбулаторно. Через 2–3 місяці з'явилися відчуття «прострілу по хребту» при зміні положення голови (симптом Лермітта). Згодом з'явилися слабкість у ногах, періодичне похитування під час ходьби. Після консультації невролога було призначено дообстеження МРТ шийного відділу, де виявили поодинокі вогнища демієлінізації на рівні шийного потовщення. Діагноз «дебют РС» було встановлено через три місяці від перших проявів ВБС.

Серед хворих, у яких больовий синдром у грудному відділі передував розвитку РС, було 3 жінки та 1 чоловік. У всіх хворих - вимушене положення під час роботи. ВБС у грудному відділі починався поступово: турбував ниючий біль, який за шкалою ВАШ вони оцінювали у 2–3 бали, і тривав протягом 10–12 днів. Після відпочинку і заняття фізичними вправами біль зменшувався або зникав. Однак через певний період часу біль з'являвся знову, мав ниючий характер, зменшувався після роботи і зі зміною положення тіла. Хворі або не лікувались, або лікувались самостійно.

По медичну допомогу звернулися, коли відчули слабкість у нижніх кінцівках (2 хворих) та «простріли» болю по ходу хребта.

Вогнища демієлінізації у цих хворих були виявлені на МРТ після детального обстеження неврологами, офтальмологами через 2–3 роки від початку ВБС.

У 12 хворих на РС, у яких захворювання починалося з ВБС у попереково-крижовому відділі, больові відчуття за шкалою ВАШ були 3–4 бали. Хворі зверталися до різних спеціалістів, їм проводили рентгенологічне обстеження попереково-крижового відділу хребта, де виявляли мінімальні деструктивні зміни. Хворі отримували терапію з включенням нестероїдних протизапальних препаратів, вітамінів групи В, фізіотерапевтичних процедур. Позитивний терапевтичний ефект був нетривалим, і з часом ВБС починав турбувати хворих знову. Детальне неврологічне обстеження та застосування методів нейровізуалізації головного та спинного мозку дозволили виявити дебют демієлінізуючого захворювання.

Отже, вертеброгенні больові синдроми зустрічаються у хворих на РС не так рідко, за нашими даними - у 8,3 %. Нерідко вертеброгенні больові синдроми передують розгорнутій клінічній картині захворювання, коли хворі місяцями і роками лікуються у вертебрологів (костоправів), а іноді у нейрохірургів. Лише своєчасний огляд неврологів і дослідження МРТ головного та спинного мозку дозволяють встановити правильний діагноз. З огляду на актуальність проблеми ВБС при демієлінізуючих захворюваннях доцільно продовжувати їх вивчення.

**Рудницький Р.І.**

### **РАННЯ ДІАГНОСТИКА СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Розлади сексуального здоров'я у чоловіків та жінок, що виникають у хворих з непсихотичними психічними розладами і призводить до подружньої дезадаптації, є актуальною проблемою, мають негативний вплив на стан здоров'я та якість життя подружньої пари. Тому важливо вдосконалити ранню діагностику сексуальних розладів у пацієнтів з непсихотичними психічними захворюваннями та надання спеціалізованого комплексного медико-психологічного лікування.

Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження 27 хворих з пограничними непсихотичними психічними розладами віком від 21 до 60 років, які лікувалися у 5 і 15 відділеннях Чернівецької обласної психіатричної лікарні. Контрольну групу склали 15 осіб з нормальною сексуальною функцією і адаптацією, які проходили типові профілактичні огляди в диспансерному відділенні ЧОПЛ і не потребували спеціалізованої психічної та сексологічної допомоги в 2015 році. Застосували методики: клініко-психопатологічне дослідження, сексологічне дослідження, експериментально-психологічне дослідження, статистичний аналіз. Для діагностичної зручності комплексного дослідження в окремих випадках використовували «Карту сексологічного дослідження подружньої пари» (Г.С.Васильченко, Т.Л.Ботнєва, О.Нокуров, 1977 р.). У процесі дослідження хворих проводили системно-структурний аналіз сексуального здоров'я чоловіка, жінки, подружньої пари: визначали ступінь сексуальної дисгармонії за допомогою структурної решітки порушення сексуального здоров'я.

Проведено за допомогою стандартизованого інтерв'ювання 27 подружніх пар, у яких партнер мав невротичний розлад, яке включало блоки питань, що давали змогу судити про стан соціального, психологічного, соціально-психологічного, та біологічного компонентів сексуального здоров'я. Подружні пари