



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'ятих 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 гіперонічний 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.