

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



Метою дослідження було проаналізувати особливості перебігу вагітності та пологів у жінок із дистресом плода в пологах.

Нами здійснено ретроспективний аналіз 106 історій пологів матерів та історій розвитку їх новонароджених. Аналіз показав, що середній вік жінок становив  $27,5 \pm 1,47$  року. Дистрес плода частіше мав місце у першородячих (70,8% проти 29,2%,  $p < 0,05$ ), повторно вагітних, із обтяженим акушерським анамнезом. Попередні вагітності закінчилися викиднями – у 12,3%, штучним абортom – у 12,3%, передчасними пологами – у 9,7%, кесарським розтинom – у 22,6%.

Виявлено обтяжений гінекологічний анамнез у 58,4% жінок: хронічний аднексит – у 19,0%, кіста яєчників – у 3,2%, ерозія шийки матки – у 25,4%, поліп шийки матки – у 1,6%, непліддя – у 4,8%, міома тіла матки – у 4,8%.

Діагностовано високий відсоток екстрагенітальної патології (59,4%). У 70,8% жінок перебіг вагітності був ускладнений. Із них ГРВІ спостерігалось – у 12% жінок, загроза переривання вагітності – 68%, анемія – у 24%, ранній токсикоз – у 17,3%, гіпертензія вагітних – у 6,7%, преєклампсія – у 6,7%, гестаційний пієлонефрит – у 5,3%, багатоводдя – у 8,0%, СЗРП – у 1,3%. У 67,9% обстежених пологи протікали із ускладненнями.

За шкалою Апгар 1 – 3 бали (важка асфіксія) народилися 3,8% новонароджених, 26,4% – з оцінкою за Апгар 4 – 6 балів, 75,8% – з оцінкою за Апгар 6 – 7 балів. Середня маса тіла новонароджених становила їх коливалась від 2550+187,5 г. Середня довжина тіла становила 51,8 см.

При порівнянні маси плаценти із ступенем тяжкості асфіксії виявлено зменшення маси плаценти у випадку важкої асфіксії (453+18,45 г проти 548+15,23 г,  $p < 0,05$ ). Серед морфологічних змін плаценти переважали хоріоамніоніт, гнійний децидуїт на тлі знижених гістоморфологічних ознак компенсаторно-приспосувальних реакцій.

Отже, факторами ризику дистресу плода в пологах є екстрагенітальна патологія, перші пологи у жінок із обтяженим акушерським та гінекологічним анамнезом, ускладнений перебіг вагітності та пологів, внутрішньоутробне інфікування.

**Ясніковська С.М.**

#### **ДОСВІД ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ВАГІТНИХ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

За останнє десятиріччя спостерігається значне зростання інфекційних захворювань шийки матки та піхви, які займають перше місце у структурі запальних захворювань. На загальному тлі збільшення частоти хламідіозу, трихомоніазу, гонореї та інших сексуально-трансмисивних захворювань спостерігається збільшення частоти інфекційних захворювань, що перебігають за участю мікроорганізмів, які входять до складу нормальної мікрофлори піхви.

Бактеріальний вагіноз (БВ) – патологія екосистеми піхви, викликана підсиленням ростом переважно облигатно анаеробних бактерій з різким зниженням кислотності піхви та концентрації лактобацил. Під час вагітності БВ може призвести до її переривання як у ранні, так і в пізні терміни, є причиною інфікування навколоплідних вод, хоріоамніоніту, післяпологового ендометриу.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності лікування препаратом Тержинан бактеріальних вагінозів у вагітних.

Обстежено 32 вагітних у різних термінах вагітності. Усі вагітні залежно від даних мікроскопії виділень з піхви були поділені на 3 групи: перша – 16 вагітних з вагінозовагінітом, друга – 7 жінок з вагінозовагінітом у поєднанні із кандидозом, третя – 9 вагітних із кольпітом неспецифічної етіології. За епідеміологічними характеристиками (вік, сімейний стан, супутні екстрагенітальні захворювання, акушерський та гінекологічний анамнез) групи були однорідними.

Діагностика БВ здійснювалася на підставі скарг хворих, результатів клінічного огляду, мікроскопії мазків виділень із піхви, рН-метрії, амінотесту з 10% розчином гідроксиду калію. Бактеріологічне дослідження дозволило визначити роду та виду належність мікроорганізмів, а також їх чутливість до антибіотиків. Діагноз БВ виставлявся при наявності характерних симптомів: наявність гомогенних значних виділень з піхви із характерним запахом «риби»; підвищення рН піхвового вмісту більше 4,5; наявність ключових клітин при мікроскопії мазків; відсутність або виражене зменшення кількості лактобацил ( $< 10^5$  КУО/мл). Тержинан призначали на ніч по 1 вагінальній таблетці протягом 10 днів.

У першій групі у 9 (56%) вагітних зникли патологічні виділення, відчуття дискомфорту в органах сечостатевої системи, зуд та неприємні відчуття у піхві, нормалізувалося рН піхвового секрету, амінотест був негативним; у мазках – лейкоцитів до 5 у п/з, без ознак активності, поодинокий плоский епітелій; зменшення паличкової, кокової флори, відсутність ключових клітин. У 7 (43,8%) вагітних у результаті проведеного лікування клінічно було відмічено наступне: зменшення виділень, відсутність дискомфорту та печії у піхві; в мазках: лейкоцитів до 5 у п/з, плоский епітелій у значній кількості, наявність Гр «-» бактерій, кокової флори, рН 5,0. У зв'язку із цим було продовжено лікування Тержинаном ще на 6 днів. Після закінчення курсу лікування протягом 7-10 днів проводилося відновлення мікробіоцинозу піхви за допомогою еубіотиків.

У другій групі у 4 (57,1%) пацієнток після 10-денного курсу настало повне виліковування. У 3 (42,9%) вагітних у результаті лікування отримано наступне: поодинокі лейкоцити у п/з, плоский епітелій у невеликій



кількості, зменшення паличкової, кокової флори, відсутність ключових клітин з переважанням грибів роду *Candida*, рН 5,0. Курс лікування був продовжений ще на 6 днів.

У третій групі у 8 (88,9%) жінок спостерігалось зникнення запальних змін у зовнішніх статевих органах, гіперемії та набрякливості тканин, нормалізація рН піхвового вмісту, типовий характер виділень (бактеріоскопічна картина – лейкоцити до 2-3 у п/з, плоский епітелій 4-5 у п/з, рН 4,5. Гр «-» бактерій у невеликій кількості). Одна пацієнтка не завершила курс лікування через індивідуальну непереносимість (відчуття печії). Отже, ефективність лікування першої групи склала 72%, другої – 93%, третьої – 88,8%.

#### **СЕКЦІЯ 10 СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Білоус І.І.**

#### **НЕВРОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У всьому світі зростає увага науковців і клініцистів до проблем етіопатогенезу неврологічних порушень при ендокринних захворюваннях. Роль дефіциту тиреоїдних гормонів в розвитку неврологічної патології добре відома. Неврологічні розлади складають клінічну картину практично при всіх захворюваннях щитовидної залози, при чому в ряді випадків вони формують синдромологічне ядро, значно випереджуючи інші прояви захворювання. Однак питанням взаємозв'язку двох систем в клінічній картині не приділяється достатньо уваги.

Найважчим ускладненням гіпотиреозу є розвиток кретинізму у дітей, який проявляється затримкою психоневрологічного та фізичного розвитку. Психоневрологічні розлади у дітей, що страждають вродженим гіпотиреозом, далеко не завжди мають тенденцію до зворотнього розвитку навіть при ранньому призначенні замісної терапії. Це обумовлено суттєвим впливом тиреоїдних гормонів в період пренатального розвитку нервової системи та неможливістю ліквідувати дефект в період новонародженості.

Хронічна гіпотиреоїдна енцефалопатія частіше всього проявляється емоційними порушеннями. Головний мозок дуже чутливий до дефіциту тиреоїдних гормонів в організмі. Це проявляється пригніченим настроєм, відчуттям туги, вираженою депресією. Joffe R.T. и Levitt A.J. (2003) обстежили 139 пацієнтів з уніполлярною депресією. У 19 з них був діагностований субклінічний гіпотиреоз. Автори дійшли до висновка, що депресія при субклінічному гіпотиреозі відрізняється від депресії без субклінічного гіпотиреозу наявністю відчуття паніки та малоефективним призначенням антидепресантів. Дослідження Howland R.H. (2011) підтверджує зв'язок між гіпотиреозом та рефрактерною до лікування депресією. Серед пацієнтів з депресією, рефрактерною до лікування, у 52% був діагностований субклінічний гіпотиреоз.

При субклінічному гіпотиреозі знижується пізнавальна функція, пам'ять, увага, явно чи скрито знижується інтелект. Monzani F. зі співавторами (2007) в своїх роботах оцінювали нейропсихологічні та поведінкові особливості у хворих з субклінічним гіпотиреозом та в контрольній групі. При оцінці по шкалі Вешлера (Wechsler Memory Scale) автори виявили зниження пам'яті у пацієнтів з субклінічним гіпотиреозом. Визначення індекса Кроуна та Криспа (Crown and Crisp Experiential Index) показало розбіжність по шкалам істерії, неспокою, соматичних порушень та депресії у хворих субклінічним гіпотиреозом та в контрольній групі. Але в цілому індекс Кроуна та Криспа був вищим у хворих з субклінічним гіпотиреозом. При призначенні замісної терапії тироксинам пацієнтам з субклінічним гіпотиреозом відмічаються покращення пам'яті та пізнавальних функцій, зникнення відчуття неспокою. Baldini I.M. зі співавторами (2003) виявили у хворих субклінічним гіпотиреозом погіршення логічного мислення (порівняно з хворими з еутиреоїдним зобом) та не виявили у них афективних розладів. На думку деяких авторів, субклінічний гіпотиреоз не є причиною виникнення депресивних станів.

Астенія, неврозоподібні стани, інсомнія також є частими супутниками гіпотиреозу. Часто зустрічаються так звані «капное у ві сні», пов'язані з набряком м'яких тканин шиї, голосових зв'язок та проявляються чисельними епізодами зупинки дихання більше ніж на 10 секунд, часто супроводжуються храпом.

Найбільш вивченим серед органічних розладів є атактичний синдром. Частота розвитку даної патології за різними літературними даними коливається від 10% до 33%. Виникнення цих порушень пов'язують зі зниженням серцевого викиду, зменшенням церебрального кровотоку, а також споживанням кисню та глюкози нейронами мозочка. Adams R. (1998) із співавторами пояснюють розвиток атаксії уповільненням м'язевого розслаблення, а не мозочковою дисфункцією.

В літературі також зустрічаються дані про екстрапірамідний синдром при гіпотиреозі.

Найбільш частими з порушень діяльності нервової системи у дорослих хворих гіпотиреозом є психоневрологічні розлади, які є наслідком гіпотиреоїдної енцефалопатії. Розвиток органічних уражень ЦНС обумовлений грубими метаболічними та судинними порушеннями. Тиреоїдні гормони збільшують використання кисню та прискорюють синтез нуклеопротейдів та білків в нейронах та синапсах. При нестачі в організмі тироксину та трийодтироніну знижується активність дегідрогеназ циклу трикарбонових кислот та вміст аденілових нуклеотидів, збільшується рівень атерогенних ліпідів, порушується обмін біогенних амінів,





уповільнюється кровотік та виникає асиметрія кровонаповнення головного мозку. Внаслідок цього швидко прогресує церебральних атеросклероз.

Накопичено багато даних про взаємозв'язок між функціональною активністю гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдною системою, станом головного мозку, когнітивними та емоційно-мотиваційними процесами. Однак не сформульовані загальноприйняті уявлення про зв'язок тиреоїдної патології зі змінами вищої нервової діяльності [Сапронов Н.С., Федотова Ю.О., 2002]. В ряді досліджень останніх років критично оцінюються результати лікування гострих та хронічних уражень щитовидної залози та механізмів її регуляції. Загальноприйнятим при терапії гіпотиреозу є використання різних схем L-тироксину, що дозволяє нормалізувати обмін речовин, ріст та диференціацію тканин, стан серцево-судинної та м'язової систем [Калинин А.П., Котов С.В., 2001]. Однак ці схеми часто не є оптимальними по відношенню до нормалізації когнітивних та емоційно-мотиваційних процесів при гіпотиреозах різного походження. Тому актуальним є пошук нових схем лікування саме для корекції цих порушень.

**Васильєва Н. В.**  
**ВИКОРИСТАННЯ МЕМБРАНОСТАБІЛІЗУЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ**  
**У ЛІКУВАННІ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ,**  
**ОБУМОВЛЕНИХ ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології*  
*Вищій державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Завдяки тривалим дослідженням встановлено, що процеси вільнорадикального окислення ліпідів відбуваються в організмі під контролем складної мультифакторної антиоксидантної системи (АОС), що включає різні ланки ферментативного та неферментативного захисту. Недостатність одного з механізмів антиоксидантного захисту може призвести до розвитку синдрому пероксидації, розбалансування системи «ПОЛ - антиоксидантний захист». Досліджені окремі показники антиоксидантного захисту (активність супероксиддисмутази, каталази, пероксидази) у хворих з різними формами порушень мозкового кровообігу. У літературі особливе значення надається токоферолам, каротиноїдам і окремим ферментам-антиоксидантам. Проте, при вивченні цього питання отримані суперечливі дані, які не дають змоги провести комплексний аналіз характеру змін в єдиній системі ПОЛ - АОС при геморагічних та ішемічних інсультах, оскільки ці дослідження стосувались лише окремих показників антиоксидантного захисту та ПОЛ при специфічних формах недостатності мозкового кровообігу у хворих.

Сучасна нейрофармакологія переживає нині еру найстрімкішого розвитку за всю історію свого існування. Це пояснюється насамперед прогресивним зростанням кількості неврологічної патології, її подальшою актуалізацією, як одного з провідних факторів захворюваності, інвалідизації та смертності населення. За даними ВООЗ, понад 30% населення світу вживає ті чи інші нейротропні ліки, а якщо взяти до уваги тільки країни ЄС і Північної Америки, то цей показник досягає 45-50%. Тому зрозуміле постійне зростання зацікавленості фармакологів і клініцистів до пошуку та впровадження у неврологічну практику нових ефективних і безпечних препаратів.

Проблема поєднання ефективності і безпечності, безумовно, є провідною для фармакології в цілому, однак при практичному застосуванні нейротропних засобів вона набуває особливого значення, оскільки об'єктом фармакологічного втручання є мозок людини - найбільш складна та загадкова структура її організму. Тому, незважаючи на досить широкий вибір сучасних нейротропних засобів, серед них не надто багато препаратів, які цілком та повністю відповідають максимально жорстким критеріям оптимальності застосування в неврології. Саме цю обставину слід враховувати в першу чергу при розробці і впровадженні в практику нових лікарських препаратів такого типу дії.

Серед широкого спектру сучасних нейротропних засобів останніми роками все більшу увагу привертають ноотропні препарати. Основною відмінною рисою цих засобів є вплив на інтелектуально-мнестичні функції та церебропротекторна дія. Згідно з сучасними уявленнями, ноотропи - це речовини нейрометаболічного типу дії, здатні активізувати пластичні процеси в ЦНС, поліпшувати енергозабезпечення нервових клітин, підвищувати їх стійкість до впливу негативних факторів різної природи, позитивно впливати на вищі психічні функції.

Унікальність фармакологічного спектру дії ноотропів, виняткова розмаїтість можливостей та перспектив їх застосування у різних ділянках медицини багато в чому пояснює надзвичайно високий інтерес до них з боку і фармакологів, і клініцистів. Родоначальником групи ноотропів, який дотепер залишається їх «зоологічним стандартом», є пірацетам. Нині препарати пірацетаму становлять більш як половину номенклатури європейського ринку ноотропів, причому їх перелік продовжує неухильно розширюватися. Така популярність пояснюється насамперед тим, що нині саме пірацетам, порівняно з іншими препаратами цієї групи, має максимальну ширину фармакологічного спектру ноотропної активності, внаслідок чого забезпечується виняткове розмаїття його клінічного застосування.

Насамперед варто сказати про мембранотропні ефекти пірацетаму, які підсилені у комбінованому препараті тіоцетам. Цей препарат має виражену мембраностабілізуючу дію на нейрони головного мозку, зокрема, він зменшує мікров'язкість нейрональних мембран, нормалізує проникність їх фосфоліпідного шару та співвідношення холестерин:фосфоліпіди. У результаті цього підвищується стійкість мембран нейронів до



оксидативного стресу та патогенного впливу вільних радикалів. Тобто, реалізуються найважливіші клініко-фармакологічні ефекти тіоцетаму - нейропротекторний і антиоксидантний. Важливо відзначити, що порушення ліпідного спектру нейрональних мембран є основою розвитку патологічних процесів, пов'язаних зі старінням мозку (сенільні деменції, паркінсонізм і т. д.), а також істотно збільшують негативний вплив вільнорадикальних реакцій у результаті розвитку гіпоксії мозку як наслідку різних ЦВЗ. Однак, крім того, тіоцетам має і безпосередню антиоксидантну дію, яка базується на активації ключових ферментів природної антиоксидантної системи організму - каталази і супероксиддисмутази. Антигіпоксичні властивості тіоцетаму пов'язані зі стимуляцією пентозофосфатного і гексозофосфатного метаболічних шляхів, тобто альтернативних механізмів підтримки енергетичного обміну. Найважливішим аспектом дії тіоцетаму варто назвати його стимулюючий вплив на білок-синтезуючі процеси, який безпосередньо обумовлює вплив цього препарату на інтелектуально-мнестичні функції. Відомо, наприклад, що він активує стероїд-залежну транскрипцію генів, відповідальних за білковий синтез у нейронах. Зі згаданим ефектом пов'язують активуючий вплив тіоцетаму на обмін інформацією між півкулями головного мозку і, зокрема, на розвиток міжнейронних зв'язків, які обумовлюють формування довгострокової пам'яті та здатності до навчання. Нарешті, необхідно відзначити комплексний, різнобічний вплив тіоцетаму на нейромедіаторні процеси і, зокрема, на холінергічну і глутаматергічну нейромедіацію, яка відіграє провідну роль у реалізації інтелектуально-мнестичних функцій.

**Жуковський О.О.**

**БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ**

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

Розсіяний склероз (РС) - належить до найбільш поширених захворювань центральної нервової системи в осіб молодого віку. За даними ВООЗ, з-поміж усіх неврологічних захворювань основною причиною стійкої інвалідизації осіб молодого віку є саме РС. Одним з клінічних симптомів РС є біль, проте досить часто на тлі важкої органічної симптоматики він відходить на другий план.

Метою нашого дослідження було виявити та проаналізувати різні варіанти больового синдрому при РС. Нами обстежено 50 хворих на РС, тривалість захворювання - від 5 до 14 років. Вважалося, що біль не є патогномогічним симптомом для РС. Проте, більше половини обстежених нами хворих відчували біль, різний за характером і інтенсивністю, а у 2 пацієнтів він був першим симптомом захворювання. Біль частіше зустрічається при початку РС в літньому віці, у жінок і при прогресуючому варіанті перебігу. Біль може виникати і при загостренні РС і може тривати кілька місяців, приводячи до розвитку депресії і тривоги, що ще більше посилює його. Подібний хронічний больовий синдром, за нашими даними відмічався у 45% випадків РС.

Виходячи з патофізіологічних механізмів, больовий синдром при РС можна розділити на невропатичний, соматогенний, вісцерогенний та психогенний.

Невропатичний біль є найпоширенішим при РС, виявляється у 40% обстежених хворих. Його розвиток зумовлений вогнищами демієлінізації в нервовій системі, що призводить до змін функціонування іонних каналів у пошкоджених аксонах, до формування ектопічних вогнищ генерації нервових імпульсів. Невропатичний біль при РС може проявлятися печінням, дизестезіями, поколюванням або відчуттям болю у відповідь на небольовий стимул (аллодія або гіпералгезія). Досить часто при РС зустрічається тригемінальна невралгія. 4% пацієнтів з РС страждають від пароксизмального болю. За даними літератури, близько 2% всіх хворих з тригемінальною невралгією - хворі на РС. Цей вид больового синдрому в 300 разів частіше зустрічається при РС, ніж у популяції. На відміну від ідіопатичної невралгії трійчастого нерва, вона може бути двосторонньою і супроводжуватися зниженням чутливості в зоні іннервації нерва (тригемінальна невропатія).

Соматогенний (ноціцептивний, вісцеральний) біль при РС викликається подразниками, що виходять із кісток, м'язів, сполучної тканини; він, як правило, добре локалізований. Подібний біль зазвичай описується як гострий, пульсуючий або ниючий. Його причиною є пошкодження, що виникають, зокрема, на тлі важких рухових порушень, що призводять до гіпомобільності та деформації суглобів кінцівок і хребта.

Вісцерогенний біль при РС ініціюється активацією рецепторів сечового міхура і кишечника при розвитку тазових порушень. Як і при інших варіантах соматогенного болю в його генезі може брати участь і невропатичний компонент. Нами встановлено, що найчастіше вісцерогенний біль у вигляді спазмів сечового міхура.

Психогенний біль при розсіяному склерозі. Синдромальний діагноз психогенного болю при РС можливий за відсутності його органічної причини або коли поведінкова реакція на біль неадекватна наявній причині. У цих випадках при обстеженні хворого на РС часто можна знайти й інші психічні розлади - депресію, конверсійні симптоми або порушення сну. При РС патофізіологічна оцінка болю як психогенного вимагає великої обережності.

Окремо слід виділити головний біль при РС, його причина залишається неясною. При РС головний біль зустрічається в 3 рази частіше, ніж при інших неврологічних захворюваннях. Інколи головний біль може бути навіть першою ознакою РС або передвісником загострення. Зазвичай він має характер головного болю напруги, а його інтенсивність не пов'язана з активністю хвороби. Можливими причинами головного болю при РС можуть бути депресивні і скелетно-м'язові розлади.