



методи соціальної активізації хворих (самоорганізація, самообслуговування, тренінги, суспільні навички), профорієнтація, індивідуальні й колективні форми патронажу та ін. Реабілітаційні заходи, які були розпочатими якомога раніше (після купірування гострого стану), давали найкращі результати. Під час розробки програми реабілітації враховували індивідуальність, професію й інтереси хворого, особливості перебігу захворювання, клінічний і соціально-трудова прогноз.

Ефект застосування методів індивідуальної і групової психотерапії сприяв значному покращенню емоційного тла і поведінкових реакцій хворих. У результаті комбінованого застосування психотерапевтичного і медикаментозного лікування хворих із ПТСР на тлі ЗЧМТ відзначена позитивна динаміка показників неврологічного та психічного статусу.

Перспективи подальшого вивчення ПТСР полягають у пошуку нових ефективних заходів психопрофілактики і психологічної реабілітації хворих на ПТСР.

Кривецька І.І.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА ЕТАПІ РАДІОЛОГІЧНО ІЗОЛЬОВАНОГО СИНДРОМУ І МОЖЛИВІ ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕХОДУ В КЛІНІЧНІ ФОРМИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом в неврологічну практику введені поняття радіаційно ізольований синдром та клінічно ізольований синдром, які дозволяють чітко визначити клінічний етап демієлінуючого захворювання нервової системи. Терміном радіологічно ізольований синдром (РІС) описують типове при розсіяному склерозі (РС) МРТ - картину за відсутності будь-якої клінічної симптоматики. Виявлення таких вогнищ на скринінговому МРТ зустрічається досить часто, незалежно від вікової групи. За даними літератури, серед клінічно здорових родичів пацієнтів з РС зміни на МРТ виявляються в 8,8% випадків. За даними літератури в 30-40% випадків спостережень РІС, в наступні 2-5 років з'являється неврологічна симптоматика, що вказує на розвиток розсіяного склерозу.

Метою дослідження було проаналізувати випадки безсимптомних вогнищ на МРТ, оцінити їх відповідність критеріям РІС з подальшим динамічним спостереженням за пацієнтами, яке включало нейрофізіологічне дослідження та неврологічний огляд. В дослідження було залучено 15 пацієнтів, у який на МРТ виявлені вогнища демієлінізації, з них десять жінок і п'ятеро чоловіків. Середній вік пацієнтів $31 \pm 2,34$ років. Всім пацієнтам, після додаткових обстежень, було виключено судинну патологію. Діагностичними критеріями РІС вважаються (Okuda D.T., 2009): овоїдні, з чіткими контурами, однорідні вогнища в білій речовині, включаючи мозолисте тіло, гіперінтенсивні в T2- режимі, розмірами 3 мм і більше, з дотриманням 3-х критеріїв Баркхофа; відсутність лейкоареозу; демієлінізація білої речовин не поєднується з наявністю клінічно явних проявів ураження центральної нервової системи. Повторне МРТ проводилось двічі на рік протягом трьох років (на апараті з потужністю поля 1,5 Тл) за стандартною програмою T1, T2 режимах і зважених за протонною щільністю та T1 з контрастуванням.

Спостереження за хворими виявило появу нових вогнищ на МРТ у семи випадках і лише у чотирьох з них асоціювалася з неврологічними симптомами. При нейрофізіологічному обстеженні у семи пацієнтів були виявлені когнітивні порушення у вигляді зниження концентрації уваги, швидкого виснаження психічних процесів, порушення короткочасної пам'яті. Саме у цих хворих було виявлено найбільшу кількість вогнищ демієлінізації, що може свідчити про зменшення об'єму головного мозку. У чотирьох хворих вогнища накопичували контрастну речовину, що дозволило встановити їм діагноз розсіяний склероз і трьом клінічно ізольований синдром (КІС) у відповідності до критеріїв Mc. Donald, 2017 р.



Таким чином, отримані дані узгоджуються з даними літератури і можуть свідчити, що атрофічні процеси головного мозку відбуваються на етапі КІС і можуть бути предиктором трансформації в РС.

Кричун І.І.

ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

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

У всьому світі відзначається тенденція до зростання кількості хворих молодого віку, які страждають на вертеброневрологічні больові синдроми [Dagenais S., Caro J., Haldeman S., 2008, Bao-Gan Peng, 2013].

Робота спрямована на покращання клінічної діагностики неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта у осіб молодого віку.

Обстежено 85 хворих чоловічої статі на неврологічні прояви остеохондрозу хребта у віці від 19 до 45 років (середній вік склав $34,05 \pm 5,7$). Серед обстежених хворих було 45 хворих на радикулопатії (20 – радикулопатія S₁, 20 – радикулопатія L₅, 5 – радикулопатія L₄), верифіковані за допомогою нейровізуалізації та 40 хворих на рефлекторні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта (21 хворий на люмбалгію та 19 хворих на люмбоішіалгію).

Обстеження хворих включало: клінічне соматичне та неврологічне обстеження. Групу контролю склали 25 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Середня тривалість захворювання у всіх обстежених нами хворих склала $6,3 \pm 0,4$ років. У хворих на радикулопатію S₁ давність захворювання складала в середньому $2,3 \pm 0,2$ роки, на радикулопатію L₅ – $4,2 \pm 0,3$ роки. Таким чином, тривалість захворювання при радикулопатії L₅ є довшою, ніж при розвитку радикулопатії S₁ приблизно в 2 рази, що можна пояснити відомими анатомічними особливостями задньої повздожньої зв'язки, яка на рівні L_v є міцною, а на рівні S₁ – волокнистою. Знання цього факту дозволяє лікарю вже на рівні збору анамнезу захворювання припустити рівень міжхребцевої грижі.

Тривалість захворювання у хворих з люмбалгіями на тлі остеохондрозу поперекового відділу хребта, на тлі множинних гриж Шморля в наших дослідженнях складала $6,2 \pm 0,2$ роки. Пацієнти пред'являли скарги на постійний, виражений біль в поперековому відділі хребта. Оцінка больового синдрому проводилась з використанням 10-бальної візуально-аналогової шкали болю (ВАШ). Середній бал за шкалою ВАШ склав у обстеженої групи хворих $6,2 \pm 1,3$. У наших дослідженнях у 90% випадків були уражені два останні диска: L_v - S₁, і L_{IV} - L_v та у 10% – диск L_{III} - L_{IV}.

У групі хворих на рефлекторні люмбалгії був характерний локальний і рефлекторний біль, що міг іррадіювати в крижово-клубове зчленування, крижі, куприк, мошонку або промежину. Для групи хворих на вертеброгенні поперекові радикулопатії був характерним корінцевий біль.

Характерною рисою клінічного перебігу виявлених корінцевих синдромів в обстеженій групі хворих були виражені рефлекторно-тонічні прояви разом з ознаками порушення функції корінця. Так, за даними мануального тестування, у 100% обстежених пацієнтів виявлено порушення в м'язовій системі. Серед них пальпаторна болючість м'язів, підвищення м'язового тону, гіпотонічні і гіпотрофічні зміни в м'язах, наявність зон специфічного м'язового ущільнення, наявність активних тригерних точок. У 85% випадків уражувалися паравертебральна мускулатура, грушовидний м'яз, сідничні м'язи і м'язи передньої черевної стінки.

Виявлені м'язові порушення свідчать про те, що в осіб молодого віку на тлі рефлекторних м'язово-тонічних синдромів, ускладнюючи їх перебіг, розвиваються