

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



супроводжується ішемічними порушеннями в плаценті і затримкою росту плода. Пізня ПЕ асоціюється з низькоградієнтним хронічним запаленням, більш високим індексом маси тіла, інсулінорезистентністю.

З метою покращення метаболізму та активації гомеостатичних реакцій фето-плацентарного комплексу вагітним групи ризику розвитку ПЕ з 8 до 18 тиж. вагітності доцільно призначити гестагени (дюфастон по 20мг), метаболічну терапію курсами, в якості якої використовуються стандартні комплекси (кардонат по 1 капс. 2 рази на день, ліпосева кислота 1табл. 3 рази на день, калію оротат по 0,5 г 3 рази на день, троксевазин 1 капс. 2 рази на день, ериніт 1т. 3 р. на день); нейрометаболічні стимулятори (інстенон по 1 драже 1раз на добу) та препарати гепатопротекторної та антиоксидантної дії – “ХОФІТОЛ” по 1-2 таблетки 3 рази на день за 20 хв. до їди.

Використання запропонованого комплексу дало змогу знизити - в 1,2 рази частоту розвитку пізніх форм ПЕ важкого ступеня та субкомпенсованих та декомпенсованих форм ПД. Використання Хофітола в комплексному лікуванні ПЕ має достовірно позитивний вплив на стан новонароджених – частота народження дітей у стані асфіксії зменшилася на 13,5%. Отже, вагітним групи ризику розвитку ПЕ доцільно призначити гестагенні препарати, метаболічну терапію та препарати нейрометаболічної та гепатопротекторної дії з метою покращення процесів інвазії трофобласта, метаболізму та активації гомеостатичних реакцій фето-плацентарного комплексу.

Ясніковська С.М.

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет*

Анемія є важливою проблемою охорони здоров'я багатьох країн світу. За даними ВООЗ, аліментарна анемія вражає 20-80% жінок репродуктивного віку, в тому числі 49-90% вагітних. Серед усіх анемій у вагітних 90% припадає на частку залізодефіцитної (ЗДА). Анемія є фактором високого ризику розвитку гестозу (5-32%), акушерських кровотеч (до 40%), невиношування вагітності (до 18%), дистресу плода під час вагітності та пологів (до 34%), СЗРП (4-17%), мертвородження (3-7,5%), перинатальної захворюваності і смертності, післяпологових гнійно-септичних захворювань.

Під спостереженням знаходилося 90 вагітних із ЗДА, яка не була обумовлена ні важкою екстрагенітальною, ні акушерською патологією. З них 46 – із анемією середнього ступеня тяжкості, 44 – із важкою ЗДА. Аналіз перебігу вагітності у обстежуваних жінок із ЗДА показав, що у більшості з них спостерігалися ускладнення: пізній гестоз, загроза переривання вагітності, ПД, дистрес плода під час вагітності, СЗРП, відсоток яких був набагато вищий при важкому залізодефіциті.

Це спонукало нас до вибору оптимального методу корекції залізодефіциту. Із препаратів, що містять залізо, нами був обраний Мальтофер (Мальтофер - таблетки жувальні 100 мг № 30 та Мальтофер Фол - таблетки жувальні 100 мг/ 0,35 мг № 30). 1 таблетка містить: 357 мг заліза (ІІІ) гідроксиду полімальтозату, що еквівалентно 100 мг заліза. Препарат має ряд переваг: доведена висока ефективність у лікуванні ЗДА; добре переноситься та викликає значно менше побічних ефектів порівняно з іншими препаратами заліза; не взаємодіє ні з їжею, ні з іншими лікарськими препаратами; має широкий спектр лікарських форм та приємний смак; зручність у застосуванні; не зафарбовує зубну емаль.

Оскільки дефіцит заліза розвивається до кінця вагітності у кожній жінки і втрата гемоглобіну матері складає 240 мг (із розрахунку 0,8 мг на добу), в останні 3 місяці вагітності плід активно росте і споживає до 200-400 мг заліза, застосування феротерапії проводилося в ІІ-ІІІ триместрах вагітності. Добова доза складала 100-300 мг, залежно від ступеня тяжкості ЗДА.

Усі вагітні добре переносили запропоноване лікування, неприємних суб'єктивних почуттів ні у кого з них не було. Позитивна динаміка клінічної симптоматики залізодефіциту спостерігалась у 77,6% пацієнток із середнім ступенем важкості та у 50,0% жінок з тяжким перебігом анемії. Спостерігалось покращення загального самопочуття у вигляді зникнення головокружіння та загальної слабкості. Приріст еритроцитів при запропонованому лікуванні перевищував традиційне на 0,12 ($\times 10^{12}/л$) при ЗДА середньої тяжкості та на 0,23 ($\times 10^{12}/л$) при важкій анемії. Середня концентрація гемоглобіну зростала достовірно вище і суттєво відрізнялась після терапії Мальтофером: при середньому ступені важкості ЗДА – на 3,67%, при важкому - на 2,11%. Спостерігалось збільшення кількості ретикулоцитів в крові при середньому ступені важкості ЗДА – до 11,7%; при важкому – до 14,6%.

Аналіз клінічного перебігу вагітності та пологів показав, що корекція ЗДА із застосуванням Мальтоферу сприяла зменшенню частоти акушерських ускладнень. Достовірно меншою була кількість передчасних пологів (1,4% проти 7,4%), ні в одному випадку не спостерігалось переносування вагітності, а також випадків передчасного відшарування плаценти. В той же час серед вагітних, які отримували традиційну терапію, ця патологія відмічена відповідно в 2,1 і 3,2% випадків. Дистрес плода і асфіксія новонародженого відповідно в 2,5 і 5 разів рідше спостерігалась після проведення терапії з використанням Мальтоферу. Не було також випадків перинатальної смертності, тоді як в групі порівняння цей показник склав 3,2%. Отже, результати клінічного застосування Мальтоферу в комплексній терапії анемії вагітних свідчать про високу ефективність цього препарату, який сприяє зниженню частоти акушерських ускладнень при вище зазначеній патології.

СЕКЦІЯ 10 СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ

Білоус І.І.

КЕЛТИКАН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Буковинський державний медичний університет*

Діабетична полінейропатія (ДПН) – одне з найчастіших хронічних ускладнень цукрового діабету (ЦД), що діагностується майже у половини хворих. Відомо, що за наявності діабетичної полінейропатії в 1,7 разів збільшується ризик ампутації кінцівки, в 12 разів - ризик розвитку деформації стопи та в 39 разів - ризик розвитку виразки стоп.

Нами було обстежено 86 хворих на цукровий діабет II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 36 жінок та 50 чоловіків, віком від 36 до 65 років. ЦД середнього ступеня тяжкості спостерігався у 82 хворих, у 4 хворих – важкий. 12 хворих знаходилися в стані компенсації захворювання, 74 – в стані субкомпенсації. Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. - хворі на ЦД терміном до 1 року (29 хворих); II гр. - хворі на ЦД терміном до 10 років (30 хворих); III гр. - хворі на ЦД терміном понад 10 років (27 хворих).

Додатково хворі були розподілені на дві підгрупи. I підгрупа - пацієнти, які отримували базисну терапію: вона включала дієту №9, маніліл по 5мг двічі на добу або інсулінотерапію (2/3 добової дози вранці та 1/3 дози ввечері з розрахунку 0,7 – 1,0 Од/кг маси тіла), пентоксифілін 5мл внутрішньовенно крапельно на 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вітаміни групи В (42 хворих); II підгрупа - хворі, які на фоні базисного лікування отримували КЛТ (по 1 капсулі 3 рази на добу впродовж двох тижнів) (44 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті Нейро-МПВ-4 (Нейрософт, Росія).

Визначали показники амплітуди М-відповіді n.tibialis (m.abductorhallucis). У хворих I групи з тривалістю ЦД до 1 року відмічалось зниження амплітуди М-відповіді n.tibialis на 21,5% порівняно з контролем ($p<0,05$). По мірі збільшення тривалості захворювання амплітуда знижується. Так, у хворих II групи амплітуда М-відповіді знизилась на 38,6% ($p<0,05$), а у пацієнтів з тривалістю ЦД більше 10 років відмічалось вірогідне зниження амплітуди М-відповіді n.tibialis на 54,0% порівняно з контролем. У хворих I групи відмічалось збільшення амплітуди М-відповіді n.tibialis після базисного лікування на 2,6% ($p>0,05$); після додаткового призначення КЛТ на 20,7% ($p<0,05$). В II групі відмічалось незначне збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 9,6% ($p>0,05$); після додаткового призначення КЛТ на 34,0% ($p<0,05$). У хворих з тривалістю ЦД понад 10 років відмічалась лише тенденція до збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 6,8%; після додаткового призначення КЛТ на 36,1% ($p>0,05$).

Таким чином, в результаті інструментальних досліджень було встановлено, що у хворих ЦД вже в ранні строки захворювання відбуваються значні зміни периферичного нейромоторного апарату. Вони проявляються зниженням амплітуди М-відповіді. Вираженість та характер цих змін характеризує ступінь важкості патологічного процесу. Це свідчить про високу діагностичну цінність ЕНМГ та необхідності включення їх в комплекс обстеження хворих з ДПН. Вираженість виявлених зсувів в значній мірі визначається вихідним станом нейромоторного апарату, залежить від тривалості та важкості ЦД. Все це дозволяє зробити висновок про необхідність проведення лікувальних заходів у більш ранні стадії захворювання, до розвитку виражених структурних змін в периферичних нервах.

Васильєва Н. В.

ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОФАРМАКОЛОГІЇ ТІОЦЕТАМУ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинський державний медичний університет*

Сучасна нейрофармакологія переживає нині еру найстрімішого 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.



До вищезгаданих найзагальніших критеріїв оптимальності лікарського препарату для застосування в неврологічній практиці слід зарахувати: ефективність і ширину терапевтичного спектру (можливість доцільного застосування при різних формах патології); безпечність (у неврологічному та соматичному плані); ширину дозового діапазону, тобто розриву між мінімальною терапевтичною та мінімальною токсичною дозами (можливість застосування у вигляді різних дозових схем і курсів, «ударної» та «підтримуючої» терапії і т. д.); мінімальний потенціал взаємодії між ліками (можливість застосування як у вигляді монотерапії, так і в рамках комбінованого фармакотерапевтичного впливу); економічну доступність.

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. Так, наприклад, нині у США ноотропи (разом з антидепресантами) є групою препаратів, яку найінтенсивніше досліджують серед усіх нейро- і психотропних засобів для пошуку нових біологічно активних речовин з ноотропною активністю.

Родоначальником групи ноотропів, який дотепер залишається їх «золотим 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.

Деркач В.Г.

ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ПАМ'ЯТІ ТА УВАГИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Буковинський державний медичний університет*

Епілепсія (епілептична хвороба) — це хронічне, прогресивне, нервово-психічне захворювання різної етіології, але єдиного патогенезу, яке виявляється пароксизмальними розладами (судомними і безсудомними) та специфічними змінами особистості. Характеризується вона повторними (двома або більше) епілептичними нападами, що не провокуються будь-якими певними причинами.

Поширеність цього захворювання у розвинутих країнах становить 5-10 випадків на 1000 населення. Згідно результатів популяційних досліджень частота розвитку епілепсії коливається від 28,1 до 53,1 на 100000 населення. Залежно від виду етіологічного чинника епілепсію поділяють на ідіопатичну, симптоматичну та криптогенну. За даними різних досліджень на сьогодні чітко встановлено, що при епілептичній хворобі спостерігаються порушення пам'яті та уваги і в 60% таких хворих мають місце розлади інтелектуально-мнестичних процесів. Тому ми поставили собі за мету визначити стан пам'яті та уваги у хворих на ідіопатичну, симптоматичну і криптогенну форми епілепсії до і після призначення їм в комплексному лікуванні (протисудомні, розсмоктувальні, дегідратаційні, судинні та інші засоби) меплопланту, омеги-3 та кислоти фолієвої.

Для реалізації поставленої мети дослідження обстежено 67 хворих на різні форми епілепсії, у віці 14-50 років, 12 — чоловічої статі (17,9%) і 55 — жіночої статі (82,1%), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в



Чернівецькій обласній психіатричній лікарні чи проходили курс амбулаторної терапії. Для дослідження стану зорової і слухової пам'яті та якостей уваги у хворих на різні форми епілепсії (до і після проведеного курсу лікування впродовж 1-2 міс.) застосовували методики «Запам'ятовування геометричних фігур» і «Запам'ятовування слів» (за Ф.Є.Рібаковим), а також «Тест Крепеліна» і «Таблиці Шульте». Ідіопатичну форму епілепсії було діагностовано в 22 осіб (32,8 %), симптоматичну — у 31 особи (46,3 %) і криптогенну — в 14 осіб (20,9%). Хворі отримували меплоплант (40 мг — по 1 табл. вранці та ввечері, зразу ж після їжі), вітрум омегу-3 (по 1 капсулі вранці та ввечері, під час їжі) та кислоти фолієву (1 мг — по 2 табл., в обід, зразу ж після їжі) в складі комплексної терапії. В усіх хворих досліджували стан зорової та слухової пам'яті і таких якостей уваги, як об'єм, переключення та стійкість. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з допомогою коефіцієнту Стьюдента — оцінювали вірогідність показників стану пам'яті та уваги після проведеного лікування запропонованими засобами.

Результатами дослідження доведено, що в хворих на всі форми епілепсії до лікування показники зорової і слухової пам'яті, а також таких якостей уваги, як об'єм, переключення та стійкість були меншими загальноприйнятної норми. У хворих на ідіопатичну епілепсію після лікування меплоплантом, вітрум омеги-3 та кислотою фолієвою показники зорової і слухової пам'яті, а також стійкості та об'єму уваги вірогідно покращилися. Результатом проведення запропонованого курсу лікування у хворих на симптоматичну епілепсію стало вірогідне покращення зорової і слухової пам'яті, стійкості, об'єму та переключення уваги. У хворих на криптогенну епілепсію проведений курс лікування меплоплантом, вітрум омеги-3 та кислотою фолієвою вірогідно покращив тільки стан зорової і слухової пам'яті.

Таким чином, у хворих на ідіопатичну, симптоматичну та криптогенну форми епілепсії відмічається послаблення зорової і слухової пам'яті, а також зниження рівня таких якостей уваги, як стійкість, об'єм та переключення. Застосування меплопланту, вітрум омеги-3 та кислоти фолієвої в складі комплексної терапії хворих на ідіопатичну і симптоматичну форми епілепсії вірогідно покращило стан зорової і слухової пам'яті, стійкість, об'єм та переключення уваги. У хворих на криптогенну епілепсію застосування запропонованих засобів вірогідно покращило тільки стан зорової та слухової пам'яті.

Жуковський О.О.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ НА ПОЧАТКОВИХ СТАДІЯХ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Буковинський державний медичний університет*

Розсіяний склероз (РС) — належить до найбільш поширених захворювань центральної нервової системи в осіб молодого віку. Незважаючи на широку доступність додаткових методів дослідження, як магнітно-резонансна томографія (МРТ) і дослідження викликаних потенціалів (ВП), приблизно половині пацієнтів правильний діагноз ставиться тільки через 5 років після початку захворювання, і цей час для проведення лікування виявляється втраченим.

Метою нашого дослідження було виявлення ранніх проявів РС. Проведено катанестичне обстеження 20 хворих на розсіяний склероз віком від 18 до 38 років. Середня тривалість захворювання становила 6,5 років.

Встановлено, що найчастіше РС дебютував з короткочасних порушень чутливості тривалістю від декількох годин до декількох днів. Як правило, вони виявлялися мінущим відчуттям оніміння, поколювання, «повзання мурашок» у різних частинах тіла. Даний симптом на ранніх стадіях захворювання відмічали у себе 80% пацієнтів. У 75% хворих в дебюті захворювання встановлювали діагноз ретробульбарний неврит, проявляється підгострою, зазвичай односторонньою і неповною втратою зору, якій нерідко передують біль у самому оці, над очницею, посилюватися при натисканні на очне яблуко. У подальшому відбувається повне або часткове відновлення зору. Приблизно така ж кількість хворих (75%) відмічали у себе рухові розлади, що є поганою прогностичною ознакою, оскільки передбачає більш важкий перебіг хвороби надалі. Як правило, пацієнти з РС спочатку відчувають лише підвищену стомлюваність, яка з плином часу трансформується в постійно існуючу м'язову слабкість. Доволі частим дебютним проявом РС є порушення сечовипускання, які зустрічалися у 70% пацієнтів. При РС найбільш часто зустрічаються імперативні позиви на сечовипускання - раптовий позив на випорожнення сечового міхура, який пацієнт не може довго контролювати. У 15 % пацієнтів початковими симптомами РС були ізольоване системне запаморочення, окорохові порушення, невралгія трійчастого нерва.

Таким чином, початкові прояви РС досить різноманітні, що змушує пацієнтів в дебютній його стадії звертатися до лікарів різних спеціальностей. Важливо пам'ятати про всі можливі перші симптоми РС і при найменшому сумніві направляти хворих для проведення додаткових методів дослідження - МРТ і викликаних потенціалів - з метою виявлення субклінічних ознак захворювання.

Карвацька Н.С.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАТЯЖНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М.Савенка
Буковинський державний медичний університет*

Значна поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом, психічних розладів робить особливо актуальним пошук форм їх адекватної діагностики, лікування і профілактики. На сучасному етапі розвитку, як