

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

ЗБІРНИК ТЕЗ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«СУЧАСНІ АСПЕКТИ
КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ»

1 березня 2013 року

Івано-Франківськ

2013

у пацієнтів з ХП. Основними предикторами рухового дефіциту були оксидативний стрес з активацією вільнорадикального окислення (підвищення альдегідних та кетонних форм фенілгідразонів) з ГАМК/глутаматною дисоціацією, а патологічні зміни в енергетичному гомеостазі з елевацією проапоптотичних маркерів та порушенням обміну гомоцистеїну з тиол-дисульфідним дисбалансом були більше пов'язані з немоторними (особливо когнітивними) флуктуаціями при ХП. У хворих на ХП доцільно визначати рівень спонтанної і метал-індукованої окисної модифікації білка за рівнем альдегід- і кетонфенілгідразонів, що дозволяє досить об'єктивно та адекватно визначити стан активації вільнорадикальних процесів у пацієнтів з ХП і оцінити етап цього патологічного процесу. При ХП в якості показника, предиктора прогресування когнітивних порушень, можливе використання оцінки рівня гомоцистеїну крові (більше 20 мкг/мл), як неінвазивного адекватного показника тяжкості перебігу ХП

**Васильєва Н. В., Білоус І. І.,
Яремчук О. Б., Мудрик З. А.(1)**

*Буковинський державний медичний університет
58000, м.Чернівці, Театральна площа, 2
(1) – Чернівецька обласна психіатрична лікарня,
58000, м.Чернівці, вул. Мусоргського, 2*

СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ДОРСАЛГІЙ

Не дивлячись на успіхи сучасної неврології, прогноз стосовно вилікування пацієнтів з хронічними болями у спині залишається несприятливим. Слід відмітити, що основною причиною локального больового синдрому в поперековій ділянці є міогенні розлади (близько 70%), дисфункція фасеткових суглобів (40%) і лише у 10% випадків біль є дискогенним.

В умовах неврологічного відділення Чернівецької обласної психіатричної лікарні нами проведено обстеження 47 пацієнтів віком від 38 до 60 років з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу. Згідно з класифікацією Антонова І. П. були виставлені наступні діагнози: радикулопатія (22 пацієнта), радикулоішемія (15 пацієнтів) та мієлопатія (10 пацієнтів). У 1-у (контрольну) групу увійшло 22 пацієнта, які під час стаціонарного лікування

отримували нестероїдний протизапальний препарат (НПЗП) з групи специфічних інгібіторів ЦОГ-2 – Целекоксиб у дозі 100 мг 2 рази на добу, вітамінотерапію (Мільгама у вигляді ін'єкційного 10-денного курсу 2 мл розчину), сечогінні препарати. Пацієнти 2-ї (основної) групи у кількості 25 осіб додатково отримували міорелаксанта Тизанідин у дозі 12 мг/добу, поділений прийом. З метою об'єктивізації больового синдрому та контролю за ефективністю терапії щодо його усунення до та після лікування використовували оцінку вираженості болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ).

Аналіз отриманих на фоні терапії клінічних даних у хворих 2-ї групи засвідчив про значне або помірне покращання у 80% пацієнтів. Позитивні зміни відбувалися також у 54% пацієнтів 1-ї групи. Зменшення вираження больового синдрому на 5,8 бала за даними ВАШ виявили у 19 пацієнтів 2-ї групи; на 5,2 бала за даними ВАШ – у 15 хворих 1-ї групи. Також позитивна динаміка підтверджувалася неврологічним статусом і полягала у зменшенні вираженості м'язово-тонічних проявів, відновленні чутливих та рухових функцій. Такий ефект пов'язаний з основним механізмом дії міорелаксантів – нормалізацією підвищеного м'язового тону, що пов'язано з блокуванням передачі патологічного збудження на мотонейрони.

***Височанська Т. Г., Костенко Т. В., Капітанчук І. В.,
Карпенко Н. В., Коробчук Н. В., Матіюк С. І.,
Вознюк Л. В., Височанський О. В.,
Гельман Г. Г., Смотрицька Т. В.***

*Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка,
кафедра нервових хвороб ВНМУ ім. М. І. Пирогова
21005, Вінниця, Пирогова, 109
E-mail: spmoskovko@gmail.com*

ДИНАМІКА ОЦІНОК СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ У ВІДДІЛЕННІ ГОСТРОЇ СУДИННО-МОЗКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ (STROKE UNIT)

Перебування пацієнтів у спеціалізованому інсультному відділенні (stroke unit) звичайно обмежене у часі (3–10 діб) і має на меті передусім стабілізацію неврологічного стану, відновлення свідомості та мінімального рівня самообслуговування (самостійне сидіння в ліжку, харчування та мінімальна гігієна). Зважаючи