

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

реактивної та особистісної тривоги. У всіх хворих якість життя (згідно з опитувальником MSQOL-54) погіршилась у зв'язку з хворобою і її наслідками, що також веде до появи тривожно-депресивних розладів. Тривалість хвороби помітно знижує якість життя.

**Висновки.** Пацієнти I групи, які отримували превентивне лікування препаратами I та II лінії, демонстрували легший ступінь депресії, зменшення симптомів тривожно-депресивних порушень після призначення превентивного лікування, яке не мало патогенетичного впливу на емоційно-вольову сферу пацієнтів.

**Кричун І.І.**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ АРГІНІНОВМІСНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИХ РАДИКУЛОПАТІЙ**

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

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** У всьому світі відзначається тенденція до зростання кількості хворих, які страждають на вертеброневрологічні больові синдроми [Dagenais S., Caro J., Haldeman S., 2018, Bao-Gan Peng, 2021]. Разом з тим, ефективність медикаментозних та немедикаментозних засобів лікування поперекового болю є недостатньою, а використання комбінацій різних груп препаратів може бути причиною різноманітних ускладнень, зокрема і з боку серцево-судинної системи, особливо при наявності у пацієнтів факторів ризику.

**Мета дослідження.** На прикладі препарату Глутаргін оцінити патогенетичну доцільність застосування аргініновмісної терапії у хворих на неврологічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта на основі оцінки клінічної картини, даних церебральної доплерографії та аналізу вмісту в плазмі крові показників ендотеліальної дисфункції, таких як фібронектин, розчинна fms-подібна тирозинкіназа-1 (sFlt-1) та туморонекротичний фактор (TNF- $\alpha$ ).

**Матеріал і методи дослідження.** Обстежено 104 хворих чоловічої статі з неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта у віці від 25 до 45 років (середній вік –  $34,05 \pm 5,7$ ) без ожиріння, соматичної та судинної патології та 25 практично здорових осіб, які не відрізнялись по віку від групи обстежених хворих. Серед обстежених хворих було 50 хворих на радикулопатії на тлі гриж міжхребцевих дисків, верифікованих за допомогою нейровізуалізації та 54 хворих на рефлекторні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта. Дослідження клініки неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта проводили методом стандартного неврологічного обстеження з використанням візуально-аналогової шкали болю (ВАШ). Стан вегетативної нервової системи оцінювали за допомогою стандартних проб на вегетативну реактивність та вегетативне забезпечення діяльності, а також Анкети для виявлення ознак вегетативних змін та Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень (О.М.Вейн, 1993). Дослідження церебрального кровообігу проводили методом екстра-інтракраніальної доплерографії за стандартними методиками на апараті «Сономед-350» з використанням тесту на цереброваскулярну реактивність Овершута. Концентрацію в плазмі крові фібронектину, фактору некрозу пухлин альфа та розчинної fms-подібної тирозинкінази досліджували імуноферментним аналізом за процедурою продуцента в лабораторних умовах. Використані парний критерій Стьюдента та кутове Фі-перетворення Фішера.

**Результати дослідження.** У групі хворих, які в комплексному лікуванні приймали Глутаргін, виявлено статистично вірогідне зменшення больового синдрому за шкалою ВАШ. Суттєвих змін у вегетативному гомеостазі не було виявлено. Індекс ендотеліязалежної вазодилатації в групі хворих, яка приймала Глутаргін після лікування наблизився до значень контрольної групи ( $0,3 \pm 0,06$  при значеннях в контрольній групі -  $0,3 \pm 0,096$ ). Аналіз даних дослідження фібронектину, розчинної fms-подібної тирозинкінази-1 (sFlt-1) та туморонекротичного фактора (TNF- $\alpha$ ) в групах хворих до та після лікування свідчить про те, що в обох групах хворих, як з використанням стандартного лікування, так і з використанням в стандартному лікуванні Глутаргіну відбулись позитивні зміни досліджуваних показників, проте

тільки в групі хворих, які приймали додатково до стандартного лікування Глутаргін зменшення вмісту в плазмі крові фібронектину та туморонекротичного фактору набули статистичної вірогідності. Підвищення показників розчинної fms-подібної тирозинкінази-1 (sFlt-1) в обох групах хворих виявилось незначним та статистично не вірогідним.

**Висновки.** Використання Глутаргину в комплексному лікуванні хворих з корінцевими неврологічними проявами поперекового остеохондрозу позитивно впливає на клінічний перебіг, вірогідно зменшуючи інтенсивність больового синдрому та призводить до покращання функціонального стану ендотелію.

**Пашковський В.М.**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

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

**Вступ.** Розсіяний склероз (РС) – належить до найбільш поширених захворювань центральної нервової системи в осіб молодого віку. Доволі частим клінічним проявом РС є біль, проте досить часто на тлі важкої органічної симптоматики він відходить на другий план. Частіше біль 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.

**Мета дослідження.** Виявити та проаналізувати різні варіанти больового синдрому при РС.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами обстежено 47 хворих на РС, тривалість захворювання – від 3 до 11 років. 68% обстежених нами хворих відчували біль, різний за характером і інтенсивністю, а у 3 пацієнтів він був першим симптомом захворювання. Виходячи з патофізіологічних механізмів, больовий синдром при РС можна розділити на невропатичний, соматогенний, вісцерогенний та психогенний.

**Результати дослідження.** Невропатичний біль є найпоширенішим при РС, виявлявся у 53 % 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 не больовий стимул. 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). Наявність соматогенного болю ми відмічали в 25% випадків. Часто він виникає 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. Наявність даного типу ми спостерігали в 11 % пацієнтів, причому частіше вісцерогенний біль спостерігався у вигляді спазмів сечового міхура. Синдромальний діагноз психогенного болю при РС можливий за відсутності його органічної причини або у випадках, 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. Даний варіант ми спостерігали лише в 1 пацієнта.

**Висновки.** Таким чином, біль є поширеним симптомом при РС і потребує обов'язкової корекції. Хворі на РС за наявності хронічного болю більше інвалідизовані і соціально дезадаптовані, ніж хворі з аналогічним неврологічним дефектом, але без больового синдрому.