

шої роботи був аналіз коморбідної патології у хворих на гастроєзофагеальний рефлюкс в амбулаторно – поліклінічній практиці.

Матеріали та методи. Проаналізовані амбулаторні карти хворих, де вивчались клінічно – демографічні показники, що визначають коморбідний статус у 70 хворих з виразковою хворобою, езофагітом, з яких у 58 було виявлено ГЕРХ. У даній групі хворих проведено комплексне обстеження, що включало в собі ендоскопічне, рН-метрію, аналіз калу на приховану кров. При ендоскопічному обстеженні (ФЕГДС) знаходили патологічні зміни, насамперед, дистального сегменту стравоходу: запально– дистрофічні та ерозивно – виразкові ураження. Ступінь тяжкості пошкодження слизової оболонки ми визначали за Лос-Анжелеською системою класифікації (LAclassificationssystem) від А до D.

Результати. Поширеність ГЕРХ у нашої групи хворих складає 83%, ерозивний езофагіт (ступеня А) виявляється у 15 %, ерозивний (ступеня В) ГЕРХ у 12 %, ступеня С у 3% неерозивний в 28%. В 25 % випадків ГЕРХ проявляється тільки позастравохідними симптомами.

Висновок. Таким чином, поєднання виразкової хвороби, езофагіта та ГЕРХ виявляються синдромом взаємного обтяження, що може ускладнювати перебіг захворювання та погіршувати якість життя хворих.

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, ЯК ОДИН ІЗ СИМПТОМІВ У ХВОРИХ НА РС

HEADACHE AS A SYMPTOM IN PATIENTS WITH MS

Chyzhevska O.S., Assoc. Prof. Matyushko M.G., M.D.

**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Кафедра неврології**

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) -це хронічне запальне аутоімунне, демієлінізуюче захворювання центральної нервової системи, при якому активовані Т-лімфоцити долають гемато-енцефалічний бар'єр і сприяють утворенню характерних запальних вогнищ. Щороку дане захворювання набирає все більшої розповсюдженості.

Особлива увага в клінічній картині РС приділяється головному болю, який виділяють в окрему групу, оскільки його остаточна причина залишається до кінця не зрозумілою. При РС головний біль зустрічається в три рази частіше, ніж при інших неврологічних захворюваннях . Серед можливих причин появи цефалгії виділяють ліквородинамічні порушення, судинний фактор і напруження м'язів шиї. Ряд авторів у своїх публікаціях пов'язують виникнення головних болей з демієлінізуючим процесом, зокрема S. M. Watkins та D.S. Haas.

Мета роботи – дослідити частоту виникнення та характер головного болю поряд з іншими симптомами у клінічній картині хворих на розсіяний склероз.

Матеріали та методи дослідження. Протягом жовтня - грудня 2016 року, в Центрі розсіяного склерозу КМКЛ №4 було обстежено 33 хворих з достовірним діагнозом РС. Вікова категорія складала від 24 до 59 років (середній вік – 40 ±5 років), з них чоловіків -10, жінок- 23. Вперше виявлено РС в період від 18 до 30 років у 7 пацієнтів, від 30 до 40 років – у 26 осіб.

Основні причини: травми одного з відділів хребта або черепа – 6, народження дитини – 5, після перенесених вірусних захворювань - 10, невизначеної етіології – 12. Клінічна симптоматика: оніміння та слабкість в кінцівках відмічалось у 28 осіб, порушення дефекації та сечовипускання у 7, погіршення і втрата зору у 10, головний біль у 13 пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

Головний біль турбував 13 пацієнтів (що складає 40% від усіх пацієнтів), серед них жінок – 12, чоловіків – 1 і був першим серед клінічних проявів у разі дебюту РС. Всі хворі характеризували головний біль як хронічний біль напруги, окрім того 10 осіб чітко описували процес прогресування від головного болю до запаморочення та втрати зору. Біль напруги спостерігався у пацієнтів постійно, його інтенсивність зростала при зміні погодних умов, впливі стресових факторів, іноді незалежно від факторів зовнішнього середовища, що очевидно пов'язано з нейроімунними змінами.

Серед лікарських засобів, які застосовували пацієнти для зняття цефалгічного синдрому, цитрамон виявився не ефективним у 100% випадків, незначне полегшення наставало після прийняття ібупрофену.

Відповідно візуальній аналоговій шкалі (ВАШ) 80% пацієнтів оцінювали головний біль у межах 4-6 балів, що відповідає вираженому болю; 20% - у 7-9 балів, що відповідає різко вираженому болю. Після отримання відповідного стаціонарного лікування у фазі загострення (солумедрол, солкосерил, вітаксон), оцінка больового цефалгічного синдрому за ВАШ складала 1-3, що відповідає помірному болю, у 100% пацієнтів.

Висновки:

1. Серед пацієнтів з розсіяним склерозом, хронічний головний біль напруги зустрічається у 40% випадків, переважно у жінок, та є передвісником фази загострення даного захворювання.

2. Своєчасне звернення таких хворих до лікувального закладу дозволяє суттєво зменшити, навіть запобігти деяким проявам клінічної симптоматики у фазі загострення даного захворювання.

КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ОПРОМІНЕНИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ (ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД)

CLINICAL - NEUROPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF NEUROLOGICAL DISORDERS IN PEOPLE IRRADIATED BECOUSE OF CHERNOBYL DISASTER (REMOTE PERIOD)

Diadkova V.S., Tereshkovich T.V., Pavlishin B.B., Assoc. Prof. Gladka V.M., M.D.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою.

У теперішній час захворювання нервової системи у ліквідаторів аварії (ЛА) на ЧАЕС набувають зростаючого клінічного і соціального значення у зв'язку з їх прогресуючим перебігом. Одні вчені вважають центральну нервову систему (ЦНС) резистентною до опромінення навіть при великих дозах, інші виявляють суттєві зміни функцій головного мозку при низьких дозах опромінення і вважають її досить радіочутливою. Також існує точка зору стосовно прискореного старіння всього організму в цілому внаслідок дії радіації.

Метою нашого дослідження було вивчення нейропсихологічного статусу у ЛА на ЧАЕС.

Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 24 хворих – ЛА на ЧАЕС віком від 51 до 71 років (середній вік $61,4 \pm 4,9$ р.), контрольну групу склали 12 обстежених чоловіків і жінок відповідного віку (середній вік $63,1 \pm 2,8$ р), які не зазнали дії іонізуючого випромінювання. В обох групах було проведено клініко-неврологічне та нейропсихологічне обстеження (коректурна проба, шкала Спілберга - Ханіна, шкала депресії Бека, ступінь вираженості когнітивних порушень визначали за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA) та тесту MMSE).

У групі пацієнтів переважали скарги астеничного характеру: загальна слабкість (92%), порушення сну (92%), швидка стомлюваність (88%), зниження пам'яті (83%), неможливість зосередитися (79%), утруднення в підборі слів під час розмови (79%), погіршення сприйняття нової інформації (75%), знижений настрій (75%). Також пацієнти пред'являли скарги на частий головний біль (88%), дифузний або лобно-скроневої локалізації (оцінка за візуальною аналоговою шкалою $5,4 \pm 1,6$), нападаподібне головокружіння (58%), хиткість при ході та запаморочення (54%), пароксизмальні стани (50%), біль в хребті (46%). Неврологічне дослідження показало наявність органічної неврологічної симптоматики у вигляді патологічних рефлексів (83%), поживавлення сухожилкових і періостальних рефлексів (79%), легкої асиметрії обличчя (75%), екстрапірамідної недостатності – позитивний симптом Нойка-Ганева, олігобрадікінезія (67%), легких і помірних статико-координаторних порушень (67%), слабкості конвергенції (58%), нерізко виражених симптомів орального автоматизму (54%), легкого тремору повік і пальців кистей (54%), загального гіпергідрозу (33%).

За допомогою коректурної проби зареєстровано зменшення здатності до концентрації уваги у ЛА на ЧАЕС: зростання часу, затраченого на виконання тесту Бурдона (314 ± 23 с в групі хворих проти 252 ± 12 с в контрольній групі) та зростання кількості помилок ($5,7 \pm 1,1$ в групі хворих проти $2,5 \pm 0,6$ в контрольній групі). За шкалою Спілберга-Ханіна високий та середній рівень ситуативної тривоги мав місце у 86% пацієнтів (середні значення в групі $42,4 \pm 3,4$), рівень особистісної тривожності був високий у 50% пацієнтів (середні значення $46,2 \pm 3,2$). За шкалою депресії Бека більше 20 балів (депресія середньої тяжкості та тяжка депресія) – мали 67% хворих. У пацієнтів - ЛА на ЧАЕС - за допомогою шкали MoCA були зафіксовані когнітивні розлади – $24,6 \pm 0,44$ балів проти $28,6 \pm 0,58$ балів в групі здорових. В структурі виявленої соматичної патології у ЛА на ЧАЕС провідне місце займали хвороби системи кровообігу – у 83%, кістково-м'язевої системи та суглобів – у 70%, органів травлення у 63% та ендокринні порушення (вузловий зоб, цукровий діабет, ожиріння) - у 46%.

Таким чином, характерною особливістю ураження нервової системи у ЛА на ЧАЕС є поєднання органічних неврологічних симптомів з психовегетативними розладами та полісистемною соматичною патологією, що потребує комплексного підходу до діагностики і лікування.

РОТАЦІЙНІ НАВАНТАЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНИХ ДИСЦИРКУЛЯЦІЙ

THE USAGE OF ROTATIONAL PROBES IN DIAGNOSTICS OF VERTEBROBASILAR DYSIRCULATIONS

Dospiekhova M.A., Assoc. Prof. Nekrasova N. O., M.D.

ВМНЗУ «Харківський національний медичний університет»

Кафедра неврології № 2

Дослідження порушень гемодинаміки в вертебро-базиллярному басейні (ВББ) є на сьогодні актуальною проблемою, так як саме вони складають більше 30% всіх судинних захворювань головного мозку і близько 70% минулих порушень мозкового кровообігу. Кровоплин в базилярній артерії (БА) відображає кровоплин в обох хребцевих артеріях (ХА), тому ХА і БА є найбільш показовими при ультразвуковій доплерографії (УЗДГ) судин ВББ і виконанні функціональних ротаційних проб (РП).

Новизна роботи. Вивчено гемодинамічні паттерни, що характеризують стан кровообігу в судинах ВББ у хворих молодого віку зі спондилогенними порушеннями у ВББ (СВБН).

Мета. Виявити особливості кровоплину в ХА і БА у пацієнтів зі СВБН при проведенні РП і проби Де Клейна.

Матеріали та методи. Було обстежено 240 хворих молодого віку зі СВБН. Згідно загально прийнятої клінічної схеми було сформовано 3 групи хворих. 1 групу склали 104 хворих з I (ангіодистонічною) стадією СВБН, 2 групу склали 76 хворих з II (ангіодистонічно-ішемічною) стадією, 3 групу склали – 60 хворих з III (ішемічною) стадією ВБН. Усім хво-