

The addition of the complex (ultrasonotherapy, balneotherapy and the low-frequent variable magnetic field) to the treatment of the mild spasticity of different etiologies resulted in earlier reducing of subjective sensation of constraint in the extremities.

УДК 617.546-616.8-009.7

Федосєєв С. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Стан здоров'я та якість життя хворих з болем у спині (дорсалгією) при різних варіантах неврологічної патології

В останні роки інтерпретація болю набуває все більшого соціального забарвлення. На сучасному етапі розвитку уявлень про біль превалює біопсихосоціальна концепція з достатньо складними співвідношеннями між структурними морфологічними порушеннями в організмі людини, що спричиняють біль, та психосоціальною складовою. В контексті розвитку уявлень про біль становить інтерес дослідження стану здоров'я та якості життя у хворих з різними варіантами неврологічної патології та хронічним больовим синдромом. Дослідити це дозволяє опитувальник SF-36 (англ. The Short Form-36), який був розроблений для оцінки якості життя, відображення загального благополуччя і ступеня задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я. SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким способом, що чим вище значення показника (від 0 до 100 балів), тим краще оцінка за обраною шкалою.

За допомогою SF-36 були обстежені хворі з хронічним болем у спині: 21 хворий на розсіяний склероз, 22 хворих з нейроінфекціями, що мають хронічний перебіг, та 22 хворих з вертеброневрологічною патологією. Хворі були молодого віку (середній вік групи склав 34,2 роки), переважно жіночої статі (48 жінок та 17 чоловіків).

За результатами дослідження встановлено, що біль у хворих усіх трьох груп значно впливав на якість життя та стан здоров'я, але цей вплив у групах був різний. У хворих на розсіяний склероз з больовим синдромом на фоні достатньо низького рівня загального здоров'я (середній показник за шкалою — 52,105) та фізичного функціонування (середній показник — 58,343), соціальне функціонування було знижене меншою мірою (середній показник — 65,132), що найімовірніше і дозволяло хворим частково адаптуватися до болю (показник за шкалою болю — 43,211 відбиває саму низьку з усіх груп інтенсивність болю, тобто є найвищим). У хворих з нейроінфекціями, навпаки, біль існував в умовах зниженого соціального функціонування (середній показник за шкалою — 54,808) та низької життєвої активності (середній показник — 44,615), що вважають факторами, які сприяють формуванню дезадаптивної больової поведінки та хронізації болю. У хворих з вертеброневрологічною патологією біль був найбільшої інтенсивності (показник за шкалою болю — 29,222 відбиває саму високу з усіх груп інтенсивність болю), існував на фоні найкращих з усіх груп показників загального стану здоров'я (середній показник — 75,000), життєвої активності (середній показник — 59,444), соціального функціонування (середній показник — 76,389), психічного здоров'я (середній

показник — 69,333), що були найближчими до показників здорової людини, але в цих пацієнтів був різко знижений показник ролевого функціонування, зумовленого фізичним станом (показник 2,778 — найнижчий з усіх показників, за всіма шкалами в тесті), що найімовірніше відбиває один з механізмів саногенезу — зменшення функціональної рухової активності із обмеженням ноцицепції та аферентації.

Отже, результати проведеного дослідження, з одного боку, декларують порушення стану здоров'я та погіршення якості життя хворих з різними варіантами неврологічної патології, що мають хронічний біль у спині, з другого боку — висвітлюють зв'язок характеру патологічного процесу в нервовій системі та механізмів патогенезу/саногенезу болю з формуванням адаптивної/дезадаптивної больової поведінки.

УДК 616.831.716.4-073

Флоріян В. А., Слепак О. М.***

**Харківська медична академія післядипломної освіти;
**Харківська клінічна лікарня № 1 на Залізничному транспорті (м. Харків)*

Толерантність до фізичного навантаження у хворих з церебральною венозною патологією

Серед багатьох питань сучасної неврології порушення церебральної венозної кровообігу та його взаємозв'язок і взаємозалежність від змін в стані центральної та церебральної гемодинаміки до теперішнього часу залишаються недостатньо дослідженими.

Метою нашої роботи було вивчення змін показників центральної гемодинаміки, параметрів серцевої діяльності, та інших параметрів, що характеризують резервні можливості кардіореспіраторної системи залежно від ступеня вираженості венозних порушень

Усіх обстежуваних осіб було поділено на 2 групи: основну, куди увійшли 192 хворих із церебральною венозною патологією різного ступеня важкості, й контрольну в складі 20 здорових осіб. В основній групі обстежених чоловіків було 133 (69,2 %). Пацієнти переважно були особи молодого і середнього віку.

Хворі основної групи були поділені на три підгрупи: I — 58 (30,2 %) хворих із латентною, доклінічною фазою розвитку хронічної мозкової венозної дисциркуляції, II — 96 (50 %) із церебральною венозною дистонією і III — 38 (19,8 %) пацієнтів із венозною енцефалопатією.

Усім хворим проводили єдину схему клініко-неврологічного обстеження, для верифікації порушень церебральної гемодинаміки використовували метод екстра- й транскраніальної доплерографії на апараті Sigma Iris 880, вивчення параметрів центральної гемодинаміки, серцевої діяльності та дихання проводили за допомогою розробленого нами індивідуального навантажувального тесту за допомогою велоергометрії (велоергометр «Corival»).

Нами визначено найгірші співвідношення між гемодинамічними показниками й аеробною продуктивністю. Виявлено сильний зв'язок між змінами коефіцієнта Рейнделла, аеробною продуктивністю організму (PO₂ на висоті субмаксимального ергометричного навантаження) і кардіопульмональним резервом (O₂-пульс). Зниження показників кисневого режиму організму та його працездатності міцно поєднувалися з погіршенням майже всіх параметрів центральної гемодинаміки та серцевої діяльності. Зокрема, середня величина максимального споживання кисню (МСК) зменшилася порівняно з середньою нормою на 81,5 %,