

**Objective.** To identify the impact of time of ischemic stroke occurrence on stroke lesion size, nature and speed of neurological deficit regression.

**Materials and methods.** The study included 120 patients with ischemic stroke (66 men and 54 women) aged 42 to 84 years (mean age is  $65.2 \pm 9.7$  years). When examining patients, clinical and neurological techniques were employed using structured scales for neurological status assessment. Clinical methods and imaging techniques were used to diagnose stroke and determine stroke localization.

**Results.** Depending on the period of stroke onset patients were divided into two groups. The first one included 97 patients which experienced stroke onset during daily activity. The second group consisted of 23 patients with ischemic stroke onset during sleep or immediately after it. Analysis of neurological deficit regression by NIHSS scale showed a significant decrease in the average neurological deficits value compared with the initial value on the 14 day in group 1 ( $9.6 \pm 2.4$  points), whereas in patients of group 2 such regression took place only on day 21 ( $9.4 \pm 3.8$  points). Comparison of functional IB recovery on the 21 day of observation also showed higher rates among patients with stroke in the afternoon ( $86.1 \pm 4.3$  points) compared with patients whose symptoms had arisen during night sleep ( $74.1 \pm 7.1$  points). Such uneven neurological deficit can be explained by identified bigger average size of ischemic lesion in patients of group 2 ( $17.2 \pm 5.6$  cc) compared with those of group 1 ( $14.6 \pm 3.8$  cc).

**Conclusions.** Dynamics of neurological deficit is worse in patients with acute ischemic stroke emergence during night sleep, than in those with cerebrovascular accident occurred during day time. Such a clinical picture may be conditioned by a bigger size of ischemic focus and more marked neurological deficit in these patients as well as by features of cerebral ischemia pathogenesis at night time. Thus, the period of ischemic stroke symptoms emergence has a significant impact on the nature and severity of the disease and largely determines the prognosis for neurological function restoration and full recovery.

**Key words:** ischemic stroke, the period of occurrence, neurological deficit, ischemic lesion size.

*Відомості про автора:*

*Волосовець Антон Олександрович* - к.мед.н., докторант кафедри медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Братиславська, 3.

УДК 616.833.5-009.7-06:618.12-002-036.12-092-055.2

© Ю.І.ГОЛОВЧЕНКО, І.В.БЕЛЬСЬКА, 2015

*Ю.І.Головченко, І.В.Бельська*

## КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРТЕБРОГЕННИХ БОЛЕЙ НИЖНЬОГО ВІДДІЛУ СПИНИ У ЖІНОК

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика

**Актуальність.** У статті викладені клініко-патогенетичні особливості вертеброгенного больового синдрому нижнього відділу спини у жінок фертильного віку з хронічним аднекситом. Біль в нижньому відділі спини має схожий клініко-неврологічний симптомо-комплекс у хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта та вертеброгенною патологією із хронічним аднекситом, але більш виражений та вегетативно забарвлений больовий симптом у жінок з хронічним аднекситом з

переважанням сенсорних розладів на території із залученням інших дерматомерів та формуванням іритативного вегетативного синдрому.

**Мета.** Уточнити особливості больового синдрому нижнього відділу спини у жінок фертильного віку при наявності аднекситу, а також дослідити їх взаємовідносини у реалізації болю.

**Матеріали та методи.** Нами обстежені 110 пацієнток з больовими синдромами попереково-крижовій локалізації та хронічним аднекситом. Комплекс методів обстеження включає: клініко-неврологічне обстеження, нейрон-психологічне обстеження (ВАШ, DN4, Освестрі опитувальник порушення життєдіяльності при болю в нижній частині спини (Oswestry Low back pain/disability Questionary), RNQ-9), рентгенографію попереково-крижового відділу хребта, МРТ попереково-крижового відділу хребта, та кореляційних статистичних методів.

**Результати.** У пацієнток з люмбоішалгією визначається невропатичний компонент болю, з тенденцією до погіршення больового синдрому на фоні хронізації процесу ( $\chi^2_{(1)}=5,81$ ,  $\phi=0,23$ ). Ризик виникнення невропатичного болю у 3 рази вищий при наявності люмбоішалгії ( $p=0,006$ ). Нами поглиблено уявлення про патогенез білю в нижньому відділі спини, що має схожий клініко-неврологічний симптомокомплекс у хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта та вертеброгенною патологією із хронічним аднекситом.

**Ключові слова:** остеохондроз хребта, вертеброгенний больовий синдром, хронічний больовий синдром.

Біль в нижній частині спини (БНС) є серед найбільш актуальних медико-соціальних проблем. Це пов'язано з розповсюдженістю захворювання, тим що БНС є однією з найбільш частих причин тимчасової непрацездатності осіб молодого і середнього віку, цілою низкою питань патогенезу, клінічних проявів, діагностики та диференціальної діагностики болю в нижньому відділі спини, які потребують вирішення. Дослідження механізмів виникнення, розвитку та характеристики больового синдрому спини при соматичній патології і важливим у позиції необхідності їх уточнення для оптимізації спільної діагностичної тактики невропатолога та гінеколога. Сьогодні формується уявлення про те, що клінічний біль є не просто наслідком периферичного ушкодження, але і значною мірою відбиває функціональний стан ЦНС. Одним з найважливіших в патогенезі різних типів болю є центральна сенситизація. І проте, відкриття цього феномену дозволило пояснити багато "нез'ясованих" больових синдромів, їх коморбідність і запропонувати стратегію їх лікування. Незалежно від типу болю при розвитку ЦС використання препаратів, її зменшують, можна обґрунтувати спираючись на коморбідність та верифікацію діагнозу. Саме тому, в останні роки спостерігається посилена увага з боку науковців та клініцистів до питань вивчення взаємозв'язку болю в нижній частині спини із захворюваннями органів малого тазу. Найбільш ймовірно, вертеброгенні чинники є не першо-причинними у клініці больового синдрому у жінок, а провокуючими та декомпенсуючими факторами на тлі вже сформованого рубцево-спайкового процесу, обумовленого тривалими хронічними інфекційно-запальними процесами гінекологічної сфери. Вищезазначене обумовлює особливу актуальність проблеми, що розглядається, адже ця патологія виникає у жінок у віці їх найбільшої соціальної та професійної активності. Відомо, що запальні процеси внутрішніх статевих органів надзвичайно поширені захворювання. Больові синдроми при цьому мають інтенсивний характер, порушують працездатність та впливають на психічний стан хворих і, таким чином, є серйозною проблемою, яка заслуговує на активну увагу як дослідників, так і лікарів-практиків.

Вперше, базуючись на результатах комплексного клініко-неврологічного обстеження, нейропсихологічного обстеження (з використанням візуальна аналогова шкала болю (ВАШ), DN4-діагностичний опитувальник neuropathicного болю, Освестрі опитувальник порушення життєдіяльності при болю в нижній частині спини (Oswestry Low back pain disability Questionaary), PHQ-9) методів нейровізуалізації (рентгенографії попереково-крижового відділу хребта, МРТ попереково-крижового відділу хребта) та кореляційних статистичних методів нами здійснено удосконалення клініко-інструментальної діагностики болю в нижньому відділі спини вертеброгенного генезу при наявності аднекситу у жінок фертильного віку. Згідно проведеного комплексного обстеження хворих за даними клінічних, інструментальних та морфологічних методів дослідження вперше уточнено особливості больового синдрому нижнього відділу спини у жінок фертильного віку при наявності аднекситу, а також дослідженні їх взаємовідносин реалізації болю. Нами поглиблено уявлення про патогенез біло в нижньому відділі спини, що має схожий клініко-неврологічний симптомо-комплекс у хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта та вертеброгенною патологією із хронічним аднекситом. Більш виражений і вегетативно забарвлений больовий симптом притаманний жінкам з хронічним аднекситом у вигляді переважаючого сенсорних розладів на території із залученням інших дерматомерів та формуванням іритативного вегетативного синдрому.

**Матеріали та методи.** Нами обстежені 110 пацієнок з больовими синдромами попереково-крижовій локалізації. Середній вік пацієнок склав  $34,4 \pm 9,0$  років (мінімальний - 21 максимальний - 49 років). Усі пацієнти знаходилися на амбулаторному спостереженні або стаціонарному лікуванні в гінекологічному та неврологічному відділеннях. Київської міської клінічної лікарні №9, що є базою кафедри неврології №1 НМАПО імені П.Л. Шупика, Київського міського клінічного ендокринологічного центру та Поліклініки №2 Дніпровського району міста Києва.

В залежності від захворювання всі хворі були розділені на три групи:

- перша – хворі з хронічним аднекситом та тазовими болями (34);
- друга (основна група) – хворі з поєднанням БНС, остеохондрозу попереково-крижового рівня хребта та хронічним аднекситом (46);
- третя – хворі з БНС та виключно вертеброгенною патологією (30).

Основну частину становили хворі віком від 26 до 36,8 років (60%), що безперечно має велике соціальне значення, враховуючи демографічну ситуацію в Україні та старіння нації.

При цьому, керуючись даними таблиці, ми можемо стверджувати, що майже 30% відсотків наших пацієнок припадає на вік від до 36,8 до 49 років, тобто найбільш працездатного віку, що співпадає з даними багатьох авторів про віковий аспект захворювання.

Обстеження хворих включало: ретельний збір скарг та анамнезу захворювання і життя, дані медичної документації, детальне клініко-неврологічне обстеження. З наведених таблиць видно, що тривалість БНС вертеброгенного генезу в більшості спостережень становила до 1 року (52 жінок – 68,4%), що було подібним до анамнезу захворювання хронічного аднекситу (19 хворих – 55,8%), середня тривалість больового синдрому становила  $11,2 \pm 4,0$  місяці. Хворі всіх груп мали біль в нижньому відділі спини, але сам біль був різної інтенсивності та мав різні характеристики.

Так, хворі першої групи скаржилися на ниючий, тягнучий, пекучий біль внизу живота (8,4%) та попереку, що мав тенденцію до поширення в промежину, в більшості в пахову ділянку (12,1%), внутрішню та передньо-бокову поверхню стегон з відчуттям поколювання, заніміння, «повзання мурашок» (8,8%). Часто біль локалізувався у поперековій ділянці із залученням однієї нижньої кінцівки, дещо рідше – у поперековій ділянці і обох нижніх кінцівок.

Таблиця 1

## Розподіл хворих за віком

Показник Вік в роках	Кількість пацієнток	Мін вік	Мак вік	Медіана	Інтерквартиль- ний розмах Q1Q3	
Хворі з хронічним аднекситом та тазовими болями	34	23	48	27	25	33
Хворі з БНС, остеохондрозом попереково-крижового рівня хребта та хронічним аднекситом	46	21	49	36	26	45
Хворі з БНС та вертеброгенною патологією	27	22	49	39	28	46

У пацієнток першої та другої групи БНС формувалася на фоні хронічного аднекситу. Перебіг аднекситу мав латентний характер у 28 (26,2%) випадках, в стадії ремісії - 4 (3,7%), загострення хронічного аднекситу мало місце в 47 (43,9%). Тазові болі у пацієнток з хронічним аднекситом із загальної вибірки пацієнток визначалися з частотою 34 (31,8%), іррадіювали в пахову ділянку в 13 (12,1%) випадках, в крижову ділянку та сідниці-7 (6,5%), низ живота-9 (8,4%), промежину та низ живота-4 (3,7%) відповідно. Болі мали тягнучий характер в 13 (12,1%), ниючий-15 (14%), тягнучий пронизуючий характер з частотою-5 (4,7%) відповідно.

При оцінці інтенсивності больового синдрому за ВАШ було виявлено, що серед пацієнток першої групи оцінювали інтенсивність власного болю в 8 балів ( 5,9% ), 7 балів відповідно(17,6%), 6 балів (29,4%), 5 балів (29,4%), 4 бали (17,6%), пацієнтки другої групи інтенсивність болю оцінювали таким чином-9 балів(8,7%), 8 балів (21,7% ), 7 балів, відповідно -(30,4 %), 6 балів (34,8%), 5 балів (4,3%), пацієнтки третьої групи інтенсивність болю оцінювали таким чином-8 балів(22,2%), 7 балів (22,2% ), 6 балів, відповідно -(22,2%), 5 балів (29,6%), 4 бали (3,7%). За клінічними характеристиками пацієнтки розподілилися таким чином: люмбалгія (біль, локалізований в області, обмеженій вгорі нижнім краєм реберної дуги, внизу-сідничною складкою) відзначалася з частотою 24 (22,4%), люмбоішалгія (біль в поперековій області, що іррадіює в ногу) відзначалася у пацієнток в 28 (26,2%) випадках. У 23 (21,7%) пацієнток (випадків) відзначалися клінічні ознаки радикулопатії попереково-крижових корінців у вигляді чутливих і,

## НЕВРОЛОГІЯ

або рухових, рефлекторних порушень в зоні іннервації відповідного корінця. У другій дослідній групі люмбалягія спостерігалася в 14 (30,4%) випадків, люмбоішалгія - у 21 (45,7%), радикулопатія-у 11 (23,9%) відповідно.

Пацієнтки з люмбалягією страждали хронічним болем з невропатичним компонентом в 24 (22,6%) випадків. У пацієнток відзначався хронічний перебіг: захворювання з частими загостреннями, після яких зберігався біль в спині, який мав менш виражений, чим під час загострення, характер. В анамнезі у більшості пацієнток відзначалися рецидивуючі епізоди люмбалягії, які як правило, наростали по частоті і тривалості і поступово набували хронічного перебігу. У пацієнток з люмбоішалгією визначався невропатичний компонент болю, з тенденцією до погіршення больового синдрому на фоні хронізації процесу ( $\chi^2_{(1)} = 5,81$ ,  $\phi = 0,23$ ). Ризик виникнення невропатичного болю у 3 рази вищий при наявності люмбоішалгії ( $p = 0,006$ ). За даними опитувальника для діагностики невропатичного болю DN4 у пацієнток першої групи невропатичний компонент болю визначався у 6 випадках (значення 4-5 балів-20% випадків), в другій групі його частота становила 23 випадки (значення 4-7 балів-52,1%), в третій групі-12 випадків (5-8 балів-48%). Як наслідок з даних, наведених в таблиці 2, найвищі показники виявлені у хворих з вертеброгенною патологією та супутнім хронічним аднекситом, а низькі - у пацієнток хронічним аднекситом.

Таблиця 2

**Показники болючості структур хребцево-рухових сегментів у хворих різних клінічних груп**

Групи хворих	Кількість хворих	Частота болючості у поперековому відділі (%)	Частота болючості у попереково-крижовому відділі (%)
Перша	34	-	3 (8,8%)
Друга	46	13 (28,3%)	31 (67,4%)
Третя	30	13 (48,1%)	13 (48,1%)

*Примітка: перша - хворі на хронічний аднексит; друга група - жінки з вертеброгенною патологією попереково-крижового відділу хребта та хронічним аднекситом, третя - хворі з БНС та остеохондроз попереково-крижового відділу хребта. Стан сухожилкових рефлексів характеризувався спочатку поживленням колінного рефлексу, а при тривалому перебігу захворювання його зниженням, що спостерігалось у 38 (82,6) пацієнток другої та у 22 (81,7%) третьої груп. Зниження ахілового рефлексу визначалось у 28 (60,0%) хворих другої і 16 (59,3%) - третьої груп. Порушення в рухово-рефлекторній сфері у хворих в досліджувальних групах у більшості випадків були монорадикулярними.*

У всіх хворих третьої та другої груп і більшості пацієнтів третьої групи виявлені різноманітні ознаки остеохондрозу поперекового відділу хребта: склероз замикальних пластинок, звуження міжхребцевої щілини, наявність передніх і задніх крайових розростань (остеофітів), деформуючого спондильозу. та ін. Зведені дані про частоту виявлення рентгенологічних ознак остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта в обстежених

нами хворих наведені нами:- деформуючий спондиліоз визначався з частотою 37 (34,6%), субхондральний склероз- частота 40 (37,4%), бокові та передні остеофіти відповідно- 22 (20,6%), задні хрящові вузли та задні остеофіти-14 (13,1%), сколіоз та сколіотична постав-13 (12,1%), звуження задньої поздовжньої зв'язки-8 (7,5%), випрямлення лордозу 27 (25,2%), звуження між хребцевої щілини-31 (29%), грижі Шморля-5 (4,6%), звуження хребтового каналу-7 випадків (6,5%).

Рентгенологічні ознаки остеохондрозу були притаманні хворим третьої та другої груп, і майже відсутні у пацієнток з хронічним аднекситом. МРТ дослідження підтверджувало наявність гриж міжхребцевих дисків медіанного та парамедіанного поширення. У хворих другої групи частота випадків протрузій і гриж: 1 мхд L1-L2, 5 мхд L3- L4, 10 мхд L4-L5, 10 мхд L5-S1(%) та у 2 мхд L1-L, 2 1 мхдL2-L3, 4 мхд L3 L4, 5 мхд L4-L5, 5 мхд L5-S1 пацієнтів третьої групи з розміром грижі від 2 до 8 мм, з середнім значення 6,8 мм. У 21 (45,6%) жінок з поєднанням остеохондрозу та хронічного аднекситу були протрузії МХД. У 5 пацієнток другої групи (10,7%) та у 3 (10%) третьої групи було поєднання грижі зі звуженням хребтового каналу. Дегенеративні зміни та зневоднення мхд визначалося з частотою 24 випадки, що становить відповідно 22,4%. Також МРТ ознаки підтверджували наявність остеохондрозу у всіх обстежених пацієнтів. Форамінальне поширення грижі мхд визначалося з частотою 18 випадків, що становило 16,8% з остеохондрозом попереково-крижового відділу; в 1 пацієнтки 2-гої групи було виявлено менінгоцеле та асептичний дисцит, що протікав асимптомно.

**Висновки.** Біль в нижньому відділі спини має схожий клініко-неврологічний симптомокомплекс у хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта та вертеброгенною патологією із хронічним аднекситом, але більш виражений та вегетативно забарвлений больовий симптом у жінок з хронічним аднекситом з переважанням сенсорних розладів на території із залученням інших дерматомерів та формуванням іритативного вегетативного синдрому. Шляхом кореляційного аналізу не виявлено зв'язку між вираженістю больового синдрому, депресії і нейровізуалізаційними характеристиками (число протрузій, гриж) в усіх досліджених групах хворих. Схильність пацієнток до формування хронічного болю при недостатній активності антиноцицептивної системи, або поява невротичних характеристик, як відображення центральної сенситизації, при якій є тенденція до виникнення поширеніших больових синдромів відбивається зв'язком показників шкали DN4 для діагностики невротичного болю з вираженістю порушення життєдіяльності за даними опитувальника Освестрі ( $p < 0,05$ ).

#### Література

1. Данилов А. Современные подходы к лечению боли. Новые возможности: флупиртин. — М.: Алмед Лтд, 2011. — 144 с.
2. Клименко А.В., Головченко Ю.И., Калищук-Слободин Т.Н. и др. Особенности ведения больных с хроническим вертеброгенным болевым синдромом пояснично-крестцовой локализации // Здоров'я України. — 2007. — № 2 (159). — С. 38-39.
3. Кукушкин М.Л. Клинические рекомендации. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение / Кукушкин М.Л., Табеева Г.Р., Подчуфарова Е.В.; Под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. — М.: ИМА-ПРЕСС, -2011. — 72 с.

4. Пирогова В. І. Синдром хронічного тазового болю: сучасні підходи до розв'язання проблеми / В. І. Пирогова, С. О. Шурпяк // Здоров'я України. Темат. номер: Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. - Київ: Здоров'я України, 2012. - № 1. - С. 9-10

5. Подчуфарова Е.В., Н.Н. Яхно. Боль в спине (монография). - Москва: «ГОЭТАР-Медиа», 2010. - 368 С.

6. Рачин А.П. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача / А. П. Рачин, С. Ю. Анисимова // Здоров'я України. -К.: Здоров'я України. — 2013. - N 1. (Неврологія. Психіатрія. Психотерапія). -С.21.

7. Arendt-Nielsen L. Basic aspects of musculoskeletal pain: from acute to chronic pain / Arendt-Nielsen L., Fernandez-de-las-Penas C., Graven-Nielsen T. // J. Man. Manip. Ther. — 2011. — №19 (4). — P. 186-193.

8. Nijs J. Treatment of central sensitization in patients with «unexplained» chronic pain: an update Expert / Nijs J., Malfliet A., Ickmans K. [et al.] // Opin. Pharmacother. — 2014. — 15 (12). — P. 1671-1683.

*Ю.И.Головченко, И.В.Бельская*

### **Клинико-патогенетическая характеристика вертеброгенных болей нижнего отдела спины у женщин**

**Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика**

**Актуальность.** В статье изложены клинико-патогенетические особенности вертеброгенного болевого синдрома нижнего отдела спины у женщин фертильного возраста с хроническим аднекситом. Боль в нижнем отделе спины имеет похожий клинико-неврологический симптомокомплекс у больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника и вертеброгенную патологию с хроническим аднекситом, но более выражен и вегетативно окрашен болевой симптом у женщин с хроническим аднекситом с преобладанием сенсорных расстройств на территории с привлечением других дерматомеров и формированием иритативного вегетативного синдрома.

**Цель.** Уточнить особенности болевого синдрома нижнего отдела спины у женщин фертильного возраста при наличии аднексита, а также исследовать их взаимоотношения в реализации боли.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 110 пациенток с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации и хроническим аднекситом. Комплекс методов обследования включал: клинико-неврологическое обследование, нейрон-психологическое обследование (ВАШ, DN4, Освестри опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины (Oswestry Low back pain disability Questionary), РНQ - 9), рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, и корреляционных статистических методов.

**Результаты.** У пациентки из люмбоишалгии определялся невропатический компонент боли, с тенденцией к ухудшению болевого синдрома на фоне хронизации процессу ( $\chi^2_{(1)}=5,81, \phi=0,23$ ). Риск возникновения невропатической боли в 3 раза более высок при наличии люмбоишалгии ( $p=0,006$ ). Нами углублено представление о патогенезе боли в нижнем отделе спины, которая имеет похожий клинико-неврологический симптомокомплекс у больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника и вертеброгенной патологией с хроническим аднекситом.

**Ключевые слова:** болевой синдром нижней части спины (LBP), остеохондроз позвоночника, вертеброгенный болевой синдром, хронический.

*Yu. I. Holovchenko, I. V. Belska*

## Clinical and pathogenetic characteristics of vertebrogenic lower back pain in women

Shupyk National Medical Academy of Postgraduated Education

**Actuality.** The article presents the clinical and pathogenetic features of vertebral low back pain in women of fertile age with chronic adnexitis. Low back pain has a similar clinical neurological syndrome in patients with osteochondrosis of the lumbosacral spine and vertebral pathology of chronic adnexitis, but it is more evident and vegetative marked the pain symptom in women with chronic adnexitis with the prevalence of sensory disturbances in the territory involving the other dermatomere and the formation of irritant vegetative syndrome.

**Aim.** To specify the features of low back pain syndrome in women of fertile age in the case of adnexitis, and also to investigate their mutual relations in realization of pain.

**Materials and methods.** We examined 110 patients with low back pain syndromes and chronic adnexitis. The complex of examination methods included: clinical and neurological examination, neuropsychological examination (VAS, DN4, Oswestry Low Back Pain Disability, PHQ - 9), lumbosacral spinal X-ray, lumbosacral spinal MRI and correlation statistical methods.

**Results.** The neurological pain component was determined in patients with lumbar ischialgia, with a tendency to increase the pain syndrome against the background of the chronic process. The risk of neurological pain development three times as tall in patients with lumbar ischialgia ( $\chi^2_{(1)} = 5,81$ ,  $\varphi = 0,23$ ,  $p = 0,006$ ). We gained a better understanding of low back pain pathogenesis, has a similar clinical neurological syndrome in patients with osteochondrosis of the lumbosacral spine and vertebral pathology of chronic adnexitis.

**Key words:** low back pain (LBP), vertebral osteochondrosis, vertebral pain syndrome, chronic pain syndrome.

### *Відомості про авторів:*

*Головченко Юрій Іванович* - д. м. н., професор, завідувач кафедри неврології №1 НМА-ПО імені П.Л.Шупика. Адреса: 04112, Київ, вул. Ризька 1 КМКЛ №9, тел.: (044) 440-10-44.

*Бельська Ірина Вікторівна* - асистент кафедри неврології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: 04112, Київ, вул. Ризька 1 КМКЛ №9, тел.: (044) 440-10-44.

УДК 616.8

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

*Г.В.Горева, Т.М.Слободін, Ю.І.Головченко,  
Т.І.Насонова, О.Ю.Гончар*

## КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНЕ СПІВСТАВЛЕННЯ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ ІЗ ПОКАЗНИКАМИ СИСТЕМОЇ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ СИНДРОМІ ПОМІРНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л.Шупика, м.Київ,

Київська міська клінічна лікарня №9

**Вступ.** Проблема когнітивних порушень стає дедалі актуальнішою у світі віцелому і в Україні зокрема. Однією з ланок патогенезу при помірних когнітивних розладах є порушення гемодинаміки.

Зб. наук. праць співробіт. НМАПО  
імені П.Л.Шупика 24 (2)/2015