

формується внаслідок вираженої макрофагальної інфільтрації гемато-ликворного бар'єра. Активация MMP-9 також була обумовлена недостаточністю її інгібітора TIMP-1.

Ключевые слова: черепно-мозгова травма, макрофагальна інфільтрація, гемато-ликворний бар'єр, MMP-9, TIMP-1, CD68+

Summary

LINK BETWEEN THE ACTIVATION OF PROTEOLYSIS; AND MACROPHAGE INFILTRATION IN TRAUMATIC BRAIN INJURY

Yuzkiv Ya. S.

Matrix metalloproteinases play an important role in reorganization of

intercellular matrix and regulation of permeability of a hemato-encephalic barrier in a brain injury. In this work it has been established that the considerable gain of MMP-9 with the maximum increase for the 7th days is formed owing to the expressed macrophagal infiltration of hemato-liquor barrier. Activation of MMP-9 has also been caused by insufficiency of its inhibitor TIMP-1.

Keywords: brain injury, macrophagal infiltration, hemato-liquor barrier, MMP-9, TIMP-1, CD68+

Вперше поступила в редакцію 07.12.2016 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.89-053.26: 314.6: 159.9

ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТІСНОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРВИННИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД

Баскіна В.В., Айметов К. В.

Одеський національний медичний університет, Україна

Широка поширеність хвороби шизофренії, спонукає до детального вивчення її етіології та патогенезу. Враховуючи це, під детальне спостереження потрапляє проблема дослідження первинного психотичного епізоду. В даній статті наведено результати дослідження особливостей особистісної сфери жінок, які перенесли первинний психотичний епізод. Виявлено дезадаптивні особливості особистісної сфери жінок з первинним психотичним епізодом.

Ключові слова: особистісні особливості, первинний психотичний епізод.

Вступ

Початок шизофренії (первинний психотичний епізод) і її наслідки здатні значно впливати (здебільшого негативно) на образ функціонування жінки, її особистість, емоційно-чуттєву сферу, світогляд і благополуччя в цілому [1, 3, 6]. Особи, що перенесли перший епізод шизофренії, мають цілий спектр порушень психоемоційного стану у вигляді тривоги, депресії, аж до радикальних думок про суїцид. Зіткнувшись з цим захворюванням, пацієнти розуміють, що вони страждають на захворювання, яке має високий ступінь стигматизації, у зв'язку з чим постає питання

про їх відчуття власної компетентності, самооцінки, ієрархії цінностей, постановки цілей, планів на майбутнє [2, 10]. В результаті сучасних наукових досліджень виявлено, що у 58,00 % випадків перший психотичний епізод маніфестує аутоагресивними проявами, що дозволяє віднести цей контингент хворих до групи ризику щодо скоєння суїцидів [5, 11].

Перший психотичний епізод шизофренії є серйозним біологічним, психологічним та соціальним стресом, подолання якого лежить в основі сприятливого прогнозу і залежить від характе-

ристик психічної адаптації. На психічну адаптацію хворих з першими приступами шизофренії впливають біологічні, психологічні та соціальні фактори, що включають в себе особливості ендогенного процесу, специфіку особистості пацієнта і його соціального середовища. Залежно від комплексу цих змінних можливі різні варіанти адаптації до хвороби, які реалізуються у відповідних формах поведінки і можуть як сприяти, так і перешкоджати сприятливій течії захворювання [4, 9].

Саме тому діагностика дезадаптивних індивідуально-психологічних особливостей, які характеризують жінок з первинним психотичним епізодом, є важливим етапом в системі надання допомоги даній категорії пацієнтів, та дозволяє визначити мішені психокорекційного втручання [5, 12].

Матеріали та методи дослідження

До дослідження було включено 219 жінок, які мали встановлений діагноз «Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії» (F23.0) [7]. Загальну кількість жінок було розділено на дві групи дослідження за фактом наявності або відсутності дітей в родині: так, до ГД1 (жін.) увійшла 101 жінка, яка не мала дітей, до ГД2 (жін.) було включено 118 жінок з первинним психотичним епізодом в родині яких були діти. На другому етапі було проведено психодіагностичне обстеження в створених групах дослідження.

Критеріями включення до дослідження були:

- відібрані досліджені могли прочитати та усвідомити інструкції, наведені у психологічних тестових методиках;
- усвідомлено підписали інформовану згоду на участь у дослідженні;
- мали вперше встановлений діагноз «Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії» (F23.0);
- жінки віком від 23 до 42 років (для досягнення однорідності дослід-

ницьких груп);

- були одруженими і проживали в родині з чоловіком.

Критерії виключення з дослідження були наступними:

- пацієнти мали інші виражені соматичні або психіатричні діагнози;
- не відповідали віковому або гендерному критерію дослідження;
- були неодруженими або не проживали з чоловіком.

В дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний методи.

В даній статті наведено результати дослідження особистісної сфери жінок, які перенесли первинний психотичний епізод. Особистісні особливості визначались за допомогою методик «Самовідношення» В. Століна, С. Пантілеєва, акцентуації характеру К. Леонгарда-Г. Шмішека та Торонтської алекситимічної шкали (TAS) [8].

Статистична обробка отриманих даних та побудова діаграм виконувалась за допомогою програм Excel та статистичного пакету «Statistica 7.0. for Windows», а також проводилась за допомогою t-критерія Ст'юдента, U-критерія Манна-Уїтні, j-критерія Фішера та χ^2 -критерія Пірсона. В усіх випадках порівнянь була визначена ймовірність розходжень «р». Розходження враховувались, як статистично значимі при $p < 0,05$.

Результати дослідження

На початку дослідження було вивчено соціально-демографічні характеристики жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, а саме: вік, рівень освіти, матеріальний стан, умови проживання.

Розподіл досліджуваних за віком представлено в табл. 1.

За даними, представленими в таблиці 2.1, впливає, що більшість досліджених обох груп знаходились у віці 28-37 років (в ГД1 (жін) — 69,31 %; в ГД2

(жін) — 70,34 %; $p > 0,05$).

Розподіл досліджених за рівнем освіти наведено у наступній таблиці.

За даними таблиці 2, більшість осіб обох груп дослідження мали вищу освіту (ГД1 (жін) — 47,53 %; ГД2 (жін) — 50,00 %), з них декілька осіб навіть здобули науковий ступінь (ГД1 (жін) — 1,98 %; ГД2 (жін) — 2,54 %). Вагома частка досліджених або здобула середню та середню спеціальну освіту, зараз навчається у ВНЗ або були вимушені перервати навчання у ВНЗ в зв'язку з різними обставинами.

Далі наведено дані щодо рівня матеріального забезпечення чоловіків та жінок, хворих на гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії.

Більшість жінок з первинним психотичним епізодом проживали разом з власними родичами, або родичами чоловіка (ГД1 (жін) — 52,48 %; ГД2 (жін) — 52,55 %).

Узагальнюючи вивчені соціально-демографічні характеристики жінок з первинним психотичним епізодом, можна визначити їх основні характерні особливості: вік — 28-37 років (в ГД1 (жін) — 69,31 %; в ГД2 (жін) — 70,34 %; $p > 0,05$), наявність вищої освіти (ГД1 (жін) — 47,53 %; ГД2 (жін) — 50,00 %), середні матеріальні

статки (ГД1 (жін.) — 61,39 %; ГД2 (жін.) — 61,86 %; $p > 0,05$), проживають разом з власними родичами, або родичами чоловіка (ГД1 (жін) — 52,48 %; ГД2 (жін) — 52,55 %).

Серед особистісних особливостей жінок з первинним психотичним епізодом вивчали особливості самовідношення, тип акцентуації та рівень алекситимії в структурі особистості. Дані наведено в таблиці 5.

В обох досліджених групах жінок з первинним психотичним епізодом відмічалися несприятливі тенденції щодо окремих шкал-складових самовідношення. Так, значне зниження спо-

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних за віком (n, %)

Рік народження	ГД1 (жін) (n=101)		ГД2 (жін) (n=118)	
	n	%	n	%
23-27 років	17	16,83	16	13,56
28-32 роки	33	32,67	40	33,90
33-37 років	37	36,64	43	36,44
38-42 роки	14	13,86	19	16,10

Таблиця 2

Рівень освіти досліджених жінок (n, %)

Освіта	ГД1 (жін) (n=101)		ГД2 (жін) (n=118)	
	n	%	n	%
Середня та середня спеціальна	24	23,76	23	19,49
Неповна вища	29	28,71	36	30,51
Повна вища (бакалавр/спеціаліст)	38	37,63	45	38,14
Магістратура/аспірантура	8	7,92	11	9,32
Науковий ступінь	2	1,98	3	2,54

Таблиця 3

Матеріальний статок досліджених родин (n, %)

Матеріальний рівень	ГД1 (жін) (n=101)		ГД2 (жін) (n=118)	
	n	%	n	%
Доход нижче середнього	17	16,83	25	21,19
Середній дохід	62	61,39	73	61,86
Доход вище середнього	22	21,78	20	16,95

Таблиця 4

Умови проживання родин обстежених (n, %)

Тип проживання	ГД1 (жін) (n=101)		ГД2 (жін) (n=118)	
	n	%	n	%
Проживають окремо	39	38,61	46	38,98
Проживають з родичами дружини	28	27,72	33	27,97
Проживають з родичами чоловіка	25	24,76	29	24,58
Інші варіанти співмешкання	9	8,91	10	8,47

Результати за окремими складовими самовідношення в групах жінок, які перенесли первинний психотичний епізод (кількість у %)

Шкали	ГД 1 (жін.), (n=101)	ГД 2 (жін.), (n=118)
Шкала S	25,47	26,84
Шкала I - самоповага	28,13	27,21
Шкала II - аутосимпатія	24,29	25,38
Шкала III - очікуване ставлення від інших	30,06	31,17
Шкала IV - самоінтерес	26,75	25,62
Шкала 1 - самовпевненість	21,64	22,41
Шкала 2 - відношення інших	23,08	22,96
Шкала 3 - самоприйняття	27,52	26,36
Шкала 4 - самокерованість, самопослідовність	31,19	30,05
Шкала 5 - самозвинувачення	72,24	74,80
Шкала 6 - самоінтерес	29,61	28,43
Шкала 7 - саморозуміння	33,57	34,18

Примітка: сирі бали у таблиці переведено в накопичені частоти у %, у відповідності до зведених таблиць

Таблиця 5 %, ГД2 (жін.) — 28,43 %), «саморозуміння» (ГД1 (жін.) — 33,57 %, ГД2 (жін.) — 34,18 %), а також підвищення за шкалою «самозвинувачення» (ГД1 (жін.) — 72,24 %, ГД2 (жін.) — 74,80 %).

Низькі показники за шкалою «Самоповага» свідчили про невіру в свої сили, здібності, зниження енергії, відсутність самостійності, знижену оцінку своїх можливостей контролювати власне життя і бути самопослідовним, нерозуміння самого себе. Зниження показників за шкалою «Аутосимпатія» вказувало на тенденцію бачити в собі переважно недоліки, низьку самооцінку, готовність до самозвинувачення, реакції роздратування, презирства, глузування щодо самого себе. Низькі значення за шкалою «Самоінтерес» свідчили про знижений інтерес до власних думок і почуттів, неготовність спілкуватися з собою «на рівних», відсутність впевненості у своїй цікавості для інших.

Типи акцентуацій в групах жінок, які перенесли первинний психотичний епізод (кількість у %)

Типи акцентуації	ГД 1 (жін.), (n=101)	ГД 2 (жін.), (n=118)
Демонстративний тип	12,87	12,71
«Застрягаючий» тип	14,85	15,25
Педантичний тип	15,84	16,11
Збудливий тип	13,86	12,71
Гіпертимічний тип	13,86	13,56
Дистимічний тип	2,97	3,39
Тривожно-боязкий тип	3,96	5,08
Циклотимічний тип	4,95	4,24
Емотивний тип	9,91	9,32
Афективно-екзальтований тип	6,93	7,63

Таблиця 6

Визначення рівня алекситимії у жінок, які перенесли первинний психотичний епізод (кількість у %)

Показник «алекситимічності»	ГД 1 (жін.), (n=101)	ГД 2 (жін.), (n=118)
«Алекситимічний» тип особистості	92,08	90,68
«Неалекситимічний» тип особистості	7,92	9,32

Таблиця 7

стерігалось щодо груп шкал: «самоповаги» (ГД1 (жін.) — 28,13 %, ГД2 (жін.) — 27,21 %), «аутосимпатії» (ГД1 (жін.) — 24,29 %, ГД2 (жін.) — 25,38 %), «очікуваного ставлення від інших» (ГД1 (жін.) — 30,06 %, ГД2 (жін.) — 31,17 %), «самоінтересу» (ГД1 (жін.) — 26,75 %, ГД2 (жін.) — 25,62 %), а також окремих шкал — «самовпевненості» (ГД1 (жін.) — 21,64 %, ГД2 (жін.) — 22,41 %), «відношення інших» (ГД1 (жін.) — 23,08 %, ГД2 (жін.) — 22,96 %), «самоприйняття» (ГД1 (жін.) — 27,52 %, ГД2 (жін.) — 26,36 %), «самокерованості/самопослідовності» (ГД1 (жін.) — 31,19 %, ГД2 (жін.) — 30,05 %), «самоінтересу» (ГД1 (жін.) — 29,61

Розподіл досліджених за типами акцентуації характеру наведено в таблиці 6. Досліджуючи типи акцентуації, виявлено, що більшість досліджених в обох групах відносились до педантичного, «застрягаючого», гіпертимічного, збудливого та демонстративного типів:

Розподіл досліджених за типами акцентуації характеру наведено в таблиці 6.

Досліджуючи типи акцентуації, виявлено, що більшість досліджених в обох групах відносились до педантичного, «застрягаючого», гіпертимічного, збудливого та демонстративного типів:

педантичний тип виявлено в 15,84 % пацієнтів ГД1 (жін.) та у 16,11 % — ГД2 (жін.); застрягаючий тип виявлено у 14,85 % осіб ГД1 (жін.) та 15,25 % жінок ГД2 (жін.); збудливий тип виявлено у 13,86 % осіб ГД1 (жін.) та 12,71 % осіб ГД2 (жін.). Досить часто серед досліджених обох груп зустрічався гіпертимічний тип акцентуації характеру (ГД1 (жін.) — 13,86 %, ГД2 (жін.) — 13,56 %), демонстративний тип було виявлено у 12,87 % жінок ГД1 (жін.) та у 12,71 % пацієнток ГД2 (жін.).

Наступною особистісною характеристикою, яка діагностувалась серед досліджених жінок з первинним психотичним епізодом був рівень алекситимії (таблиця 7).

Дані таблиці свідчать, що переважна більшість жінок обох груп дослідження мали труднощі з вербалізацією власних емоцій, тобто мали «алекситимічний» тип особистості.

Виявлені в результаті дослідження дезадаптивні характеристики особистісної сфери жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, стали в майбутньому мішенями психокорекційного впливу в рамках розробленого авторського психосоціального супроводу для даної категорії пацієнтів.

Висновки

1. Діагностика дезадаптивних індивідуально-психологічних особливостей, які характеризують жінок з первинним психотичним епізодом, є важливим етапом в системі надання допомоги даній категорії пацієнтів, та дозволяє визначити мішені психокорекційного втручання.
2. Основні характерні соціально-демографічні характеристики жінок, які перенесли первинний психотичний епізод: вік — 28-37 років (в ГД1 (жін.) — 69,31 %; в ГД2 (жін.) — 70,34 %; $p > 0,05$), наявність вищої освіти (ГД1 (жін.) — 47,53 %; ГД2 (жін.) — 50,00 %), середні матеріальні статки (ГД1 (жін.) — 61,39 %; ГД2 (жін.) — 61,86 %; $p > 0,05$), проживають разом з власними родичами, або родичами чоловіка (ГД1 (жін.) — 52,48 %; ГД2 (жін.) — 52,55 %).
3. Серед дезадаптивних особливостей особистісної сфери жінок з первинним психотичним епізодом найбільшу вагу мали наступні: «алекситимічний» тип особистості (91,32 %); негативні особливості самовідношення, а саме: очікування негативного ставлення від інших (80,37 %), зниження рівня самоповаги (74,89 %), зниження рівня аутосимпатії (73,52 %), зниження самоінтересу (68,95 %); акцентуації характеру (70,78 %) переважно педантичного (15,98 %), «застрягаючого» (15,07 %), гіпертимічного (13,70 %), збудливого (13,24 %) та демонстративного (12,79 %) типів.

Література

1. Алексеев Б.Е. Семейная психотерапия и психология семейных отношений у больных психозами: Пособие для врачей. / Б.Е. Алексеев, И.С. Лукина — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1995. — 531 с.
2. Бачериков А.М. Особенности показателя качества жизни у больных с аутоагрессивным поведением во время первого эпизода шизофрении / А.М. Бачериков, И.Г. Мудренко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2007. — № 1 (17). — С. 26-31.
3. Будза В.Г. Отделение первого психотического эпизода — новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией / В.Г. Будза, А.П. Отмахов, Г.Б. Прусс // Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. - Т. 15, № 4. - С. 58-62.
4. Головина А.Г. Особенности семейного статуса больных шизофренией / А.Г. Головина // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1998. —№ 1. — С. 16-20.
5. Гурович И.Я. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / И.Я. Гурович, О.Г. Ньюфельдт. — М.: Медпрактика, 2007. — С. 44-56.
6. Кожина А.М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией /

- А.М. Кожина, В.Е. Кришталь, Е.И. Сухованова // Таврический журнал психиатрии. — 2012.— Том 16, вып. 2 (59). — С. 35.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Глава 5 (Психиатрия). / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина — Киев, изд.: Сфера, 2005. — 307 с.
 8. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. — Самара: «Бахрах-М», 2002. — 672 с.
 9. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / [Хобзей М.К., Волошин В.В., Марута Н.О. та ін.] // Український вісник психоневрології.- 2012.-Т. 20, вип. 3 (72). - С. 13-18.
 10. Addington J. The first episode of psychosis: the experience of relatives / J. Addington, E.L. Coldham, B. Jones // Acta Psychiatr Scand. — 2003.-Vol.108 (4). - P.285-289.
 11. Archie S. Psychotic Disorders Clinic and First-Episode Psychosis /Archie S., Hamilton Wiison J., Woodwardet K. // A Program Evaluation. Can J Psychiat. — 2005. -№ 50. - P. 46-51.
 12. Dixon L. Update on family psychoeducation for schizophrenia / L. Dixon, C. Adams, A Lucksted // Schizophr. Bull. - 2000. - Vol. 26, № 1. - P. 5-20.
 6. Kozhina A M. Modern approaches to the rehabilitation of patients with schizophrenia / / Tavrían J Psychiatry. – 2012.– Vol. 16, iss. 2 (59). – P. 35- 41 (Rus.).
 7. ICD (10th ed.). Chapter 5 (Psychiatry). / Ed.: Yu. L. Nuller, S. YU Tsyarkin. – Kiev: Sphera, 2005. – 307 p. (Rus.)
 8. Raygorodsky D. Ya. Practical psychodiagnosics. Methods and Tests. – Samara: Bachrach-M, 2002. – 672 p. (Rus.)
 9. Khobzey M. K., et al. State of population mental health and perspectives of psychiatric aid development in Ukraine // Ukr. Herald Psychoneurology. - 2012. -Vol. 20, iss. 3(72). - P. 13-18 (Rus.).
 10. Addington J. The first episode of psychosis: the experience of relatives / J. Addington, E.L. Coldham, B. Jones // Acta Psychiatr Scand. – 2003. - Vol.108 (4). - P.285-289.
 11. Archie S. Psychotic Disorders Clinic and First-Episode Psychosis /Archie S., Hamilton Wiison J., Woodwardet K. // A Program Evaluation. Can J Psychiat. – 2005. - № 50. - P. 46-51.
 12. Dixon L. Update on family psychoeducation for schizophrenia / L. Dixon, C. Adams, A Lucksted // Schizophr. Bull. - 2000. - Vol. 26, № 1. - P. 5-20.

References

1. Alexeyev B. Ye. Family psychotherapy and psychology of family relations in the patients with psychosis: Manual for doctors. - StPetersburg: Ed.V.M. Bekhterev Research Institute, 1995. – 531 p. (Rus.)
2. Bachernikov A M. Peculiarities of life quality in the patients with autoagressive behaviour during the first episode of schizophrenia // J Psychiatry Medical Psychology. - 2007. – № 1 (17). – P. 26-31 (Rus.).
3. Budza V. G. Unit of the first psychotic episode – a new form of organization of psychiatric aid for schizophrenia patients // Social Clinical Psychiatry. - 2005. - Vol. 15, № 4.- P. 58-62 (Rus.).
4. Golovina A. G. Peculiarities of family status of the patients with schizophrenia // J Neurology Psychiatry named after S. S. Korsakov. - 1998. –№ 1. – P. 16-20 (Rus.).
5. Gurovich I. Ya. Modern trends of the development and new forms of psychiatric aid. – Moscow: MedicalPractic, 2007. – P. 44-56 (Rus.).

Резюме

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВИЧНЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Баскина В.В., Айметов К.В.

Широкая распространенность шизофрении, свидетельствует о необходимости детальному изучению ее этиологии и патогенеза. Учитывая это, в фокус детального наблюдения попадает проблема изучения первичного психотического эпизода. В данной статье приведены результаты исследования личностной сферы женщин, перенесших первичный психотический эпизод. Выявлены дезадаптивные особенности личностной сферы женщин с первичным психотическим эпизодом.

Ключевые слова: личностные особенности, первичный психотический эпизод.

Summary

FEATURES OF PERSONAL SPHERE IN WOMEN WHO UNDERWENT PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE

Baskina V., Aymetov K.V.

The high prevalence of schizophrenia leads to a detailed study of its etiology and pathogenesis. Concerning this, primary psychotic episode gets under detailed surveillance research problem. This article presents the results

of personal sphere research in women who have had a primary psychotic episode. It is discovered the maladaptive features in personal sphere in women with primary psychotic episode.

Key words: *personal characteristics, primary psychotic episode.*

*Впервые поступила в редакцию 16.11.2016 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 611.711-612.394.2

ЗАСТОСУВАННЯ ІМПУЛЬСНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ДЕСТРУКТИВНО-ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ХРЕБТА У ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ

Лобойко В.В.

*ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України»
Санаторій-профілакторій «Біла Акація», Одеса
belaja_akacia@ukr.net*

Запропонований нами лікувально-реабілітаційний комплекс з використанням імпульсної магнітної стимуляції для профілактики та лікування ускладнень при деструктивно-дегенеративних розладах в хребті у хворих на остеохондроз поперекової зони значно підвищує ефективність саногенетичних механізмів покращення трофічних процесів в міжхребцевих сегментах, як в зоні формування патоморфологічних порушень так і в дистальних зонах нижніх кінцівок.

Позитивна динаміка функціонування нейроморфологічних структур хребтових нервів під впливом імпульсної магнітної стимуляції забезпечує покращення гемодинамічних показників впродовж всього судинного русла в нижніх кінцівках.

Встановлено, що в основі саногенетичних механізмів покращення стану судин, лежать процеси, які визначають їх тонус, еластичність та адекватність реакції на вплив лікувально-реабілітаційних факторів.

Висока ефективність імпульсної магнітної стимуляції досягається за рахунок її потенційної дії на біологічні ефекти, які формуються в організмі при використанні стандартних методів лікування остеохондрозу.

Ключові слова. *Медицина транспорту, остеохондроз, діагностика, профілактика ускладнень, фізіотерапія, імпульсна магнітна стимуляція.*

Введення

Актуальність проблеми що до розробки ефективних методів лікування та профілактики ускладнень пов'язаних з деструктивно-дегенеративними порушеннями на рівні міжхребцевих сегментів при остеохондрозі хребта визна-

чається, з одного боку високим рівнем поширення цієї патології серед населення, а з другого значними збільшеннями темпів зростання в останні роки як кількісних так і якісних характеристик факторів ризику розвитку цієї патології [1, 2, 3, 4].