

Расстройство функции тазовых органов, в первую очередь мочеиспускания, является одной из наиболее тяжелых проблем у больных рассеянным склерозом как в физическом, так и в психологическом плане, значительно влияет на возможность трудовой деятельности, социальную активность и качество жизни в целом. По данным литературы, расстройства мочеиспускания встречаются у подавляющего числа больных РС — до 80–100 %. Ряд авторов отмечают, что гидронефроз, хроническая почечная недостаточность и уросепсис, часто возникающие вследствие урологических нарушений при РС, являются основными причинами смерти при этом заболевании.

Механизмы регуляции мочеиспускания являются многоуровневыми, крайне сложными и вовлекают большое число неврологических структур. Акт мочеиспускания возможен при одновременном и согласованном сокращении детрузора мышечной стенки мочевого пузыря и расслаблении сфинктера уретры. Обеспечивается этот процесс вегетативной нервной системой (иннервация гладких мышц детрузора и внутреннего сфинктера) и соматическими волокнами (иннервация поперечнополосатых мышц наружного сфинктера, а также мышц брюшной стенки, диафрагмы, тазового дна). Все нарушения мочеиспускания принято делить на две группы: симптомы обструкции (опорожнения), преимущественно связанные с дисфункцией сфинктеров, и симптомы раздражения (наполнения), преимущественно связанные с состоянием детрузора.

Клиническая картина нарушения функции мочеиспускания при рассеянном склерозе зависит от уровня поражения в центральной нервной системе. Патологический процесс может приводить к образованию очагов воспаления, очагов демиелинизации, прерыванию процесса прохождения нервных импульсов в спинном мозге, стволе головного мозга, семиовальном центре, в том числе и одновременно на нескольких уровнях. В зависимости от уровня поражения выделяют три основные формы нарушения мочеиспускания при рассеянном склерозе (по современной номенклатуре Международного общества по проблеме недержания мочи):

1. Детрузорная гиперрефлексия — при супрасакральных церебральных нарушениях.
2. Детрузорно-сфинктерная диссинергия — при супрасакральных спинальных нарушениях.
3. Детрузорная арефлексия — при сакральных спинальных нарушениях.

Нами исследовано 142 пациента с рассеянным склерозом, из них — 88 женщин, 54 мужчин. Средний возраст больных составил $30,4 \pm$

13,5 лет. Всем больным был выставлен диагноз достоверного РС согласно критериям McDonald (2010), всем было проведено МРТ-исследование, подтвердившее наличие очагов демиелинизации в ЦНС. Средний уровень инвалидизации по шкале EDSS составил $3,4 \pm 0,7$ балла. В ходе исследования применялась международная шкала оценки простатических симптомов (I-PSS - International Prostatic Symptom Score), шкала оценки симптомов недержания мочи Leslie Incontinence Symptom Score (LISS), пациенты в течение трех дней заполняли дневник мочеиспусканий, проводилась оценка качества жизни пациентов по 6-балльной шкале QoL (Quality of life), ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи. У 90,1 % (128 пациентов) была выявлена дисфункция нижних мочевых путей. Исходя из полученных данных, пациенты были разделены на три группы по форме нарушения мочеиспускания, согласно которым проводилась дифференцированная симптоматическая терапия. В лечении пациентов использовались α -адреноблокаторы и антихолинергические препараты в зависимости от преобладания в клинической картине ирритативной либо обструктивной симптоматики. Рекомендовано применение α -адреноблокаторов при детрузорной арефлексии, антихолинергических препаратов при детрузорной гиперрефлексии, обоих препаратов при комбинации симптомов. Дифференцированный подход к лечению нарушений мочеиспускания у больных рассеянным склерозом показал свою эффективность.

Показники якості життя студентів-медиків з проявами вегетативної дистонії

Кричун І.І., Пашковський В.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета роботи: вивчити показники якості життя (ЯЖ) студентів-медиків з проявами вегетативної дистонії (ВД), оскільки ВД, порушуючи в тому або іншому ступені регуляцію гомеостазу - вегетативну реактивність і вегетативне забезпечення, обмежує можливості організму, і тому повинна так чи інакше знижувати якість життя таких людей.

Досліджено 152 студенти 4 і 6 курсів медичного факультету Буковинського державного медичного університету. Для виявлення вегетативних порушень була використана анкета для виявлення ознак вегетативних змін (О.М.Вейн, 2003). З метою дослідження якості життя обстежених вико-

ристовувався загальний опитувальник The RAND 36 - Item Health Survey (Version 1,0). Опитувальник включає 36 питань, розділених на 8 концепцій здоров'я (шкал): PF - фізичне функціонування (ступінь обмеження виконання різних фізичних навантажень); RP - ролеві обмеження, обумовлені проблемами фізичного здоров'я (вплив фізичного стану на виконання роботи або повсякденної діяльності); RE - ролеві обмеження, обумовлені особистісними або емоційними проблемами (вплив емоційного стану на виконання роботи або повсякденної діяльності); EF - енергійність/втома (відчуття приливу життєвих сил і енергії або втоми і безсилля); EW - емоційне самопочуття (наявність змін в психоемоційній сфері); SF - соціальне функціонування (ступінь обмеження соціальної активності); BP - тілесний біль (інтенсивність болю і його вплив на виконання повсякденної діяльності і роботи); GH - загальне сприйняття здоров'я (оцінка пацієнтом свого загального стану здоров'я і перспектив на майбутнє).

Оцінка проводилася у балах, більш високий бал відповідав кращому стану здоров'я. Оцінка достовірності відмінностей середніх величин і відносних показників проводилася з використанням t-критерію та фі-перетворення Фішера.

З 152 обстежених і анкетованих студентів тільки 50 (32,9%) виявилися без ознак ВД (по анкеті набрали від 0 до 19 балів, що відповідає відсутності вегетативних порушень), у інших 102 (67,1%) - сума набраних балів склала від 25 до 66, що відповідає наявності ВД. При дослідженні ЯЖ з'ясувалося, що у студентів з ознаками ВД його рівень був достовірно нижчий в порівнянні з групою студентів без ознак ВД по шкалах RE, EF, EW, SF і GH, причому з найбільшою мірою достовірності по шкалах EF, EW.

Таким чином, у результаті виконання дослідження було виявлено значне зниження якості життя осіб, які страждають на вегетативну дисфункцію.

Белок S100B сыворотки крови на этапах формирования сосудистой субкортикальной деменции: маркерная функция тяжести когнитивных нарушений и эффективности терапевтических мероприятий

Левада О.А., Траилин А.В.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Запорожье

Цель работы: определение уровня S100B сыворотки крови у пациентов с сосудистой субкортикальной деменцией (ССД) и сосудистыми субкортикальными легкими когнитивными нарушениями (ССЛКН) для определения возможной маркерной функции данного белка в отношении тяжести указанных когнитивных нарушений и эффективности проводимой терапии.

Методы исследования. Отбор пациентов проводился согласно исследовательским критериям ССД Т. Erkinjuntti и соавт. (2000). Тяжесть когнитивных нарушений определяли с помощью краткой шкалы исследования психического статуса (MMSE) и клинической шкалы деменции (CDR). Пациентов, которые фенотипически имели признаки ССД, но тяжесть когнитивного дефицита которых не достигала уровня деменции (27-24 балла по MMSE, 0,5 балла по CDR), относили к группе ССЛКН. Всем больным оценивали неврологический статус, тяжесть апраксии, расстройств ходьбы лобного типа и депрессии по Шкале Монтгомери-Асберга.

Уровень белка S100B сыворотки крови измеряли на анализаторе Elecsys-2010 (Roche Diagnostics) с использованием иммуноэлектрохемилюминисцентной технологии. Статистическую обработку проводили с помощью пакетов прикладной программы "Statistica 6,0" for Windows.

Результаты. Исходно уровень S100B сыворотки крови определили у 30 пациентов пожилого и старческого возраста. Из них 11 больных имели ССД, а 19 – ССЛКН. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту (79,18±7,76 лет в группе ССД, 77,84±3,83 лет в группе ССЛКН, P=0,53). 22 пациента обследованы повторно через 1 месяц на фоне терапии. Из них 8 больных получали базисную терапию, которая включала антигипертензивные препараты, дезагрегант, статины, а 14 – кроме базисной терапии назначали ницерголин (сермион) в дозе 60 мг в сутки (группа комплексного лечения).

Показано, что сывороточный уровень S100B у пациентов с ССД был достоверно выше (0,065±0,02 мкг/л, P=0,0005), нежели при ССЛКН (0,043±0,01 мкг/л). Получены достоверно высокие корреляции (P<0,05) концентрации S100B с рядом клинических параметров: общий балл по MMSE (rs= -0,61), степень деменции по CDR (rs=0,58), тест на внимание (rs= -0,46), тяжесть псевдобульбарного синдрома (rs=0,37) и нарушения ходьбы (rs=0,37).

При повторном исследовании в группе пациентов со снижением S100B (позитивная динамика, n=12) достоверно улучшались клинические параметры (MMSE, уровень внимания, лобная