

Анализ динамики изменения ферментативной активности в зависимости от формы заболевания выявил при церебральной форме РС достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня АСТ на 32,2 % и КФК на 72,3 %, а также недостоверную тенденцию к снижению уровня ЛДГ (на 16,5 %) и повышению уровней АЛТ (на 50,4 %) и ГГТП (на 14,4 %) по сравнению с контрольными показателями. В группе больных спинальной формой РС отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение только уровня КФК на 71 %, а повышение активности АСТ, АЛТ, ЩФ и ГГТП по сравнению с контрольными величинами было недостоверным, однако имело четкую направленность.

Наиболее выраженные изменения ферментативной активности наблюдались в группе больных цереброспинальной формой РС и характеризовались достоверным ($p < 0,05$) снижением относительно контроля активности ЩФ, КФК, ЛДГ на 16,9 %, 67,3 %, 16,6 % соответственно, повышением уровня АЛТ на 28,9 % и недостоверной тенденцией к повышению уровня ГГТП на 19,7 %.

Таким образом, при РС имеет место стойкая дисферментация, выраженность и направленность которой зависит от формы заболевания. Снижение уровня КФК у больных РС является стабильным показателем нарушения метаболических и энергетических процессов в клетках мышечной и нервной тканей при всех формах заболевания. Выраженная гипоферментация отражает тяжесть состояния больных и степень генерализации патологического процесса.

УДК 616.831-002:616.379-008.67]-073

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ФЕНОМЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Т. М. Мельник

Донецкий национальный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая энцефалопатия, магнитно-резонансная томография

Целью работы явилось изучение влияния длительности течения сахарного диабета (СД), сосудистых факторов и метаболических расстройств на выраженность диффузных изменений белого вещества головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Обследовано 76 пациентов с СД, из которых у 30 больных СД 1 типа и 46 — СД 2 типа. У 34 (44,7 %) больных, составивших 1 группу обследованных, была диагностирована диабетическая энцефалопатия (ДиабЭП) I стадии, у 42 (55,3 %) пациентов, вошедших во 2 группу — ДиабЭП II стадии. Средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) у больных 1 группы — $8,3 \pm 0,7$ %, длительность заболевания — $9,6 \pm 3,8$ лет; у больных 2 группы: HbA1c — $8,8 \pm 0,3$ %, длительность заболевания — $12,3 \pm 2,7$ лет. Контрольную группу составили 20 лиц, не страдающих диабетом, сопоставимые по возрасту и полу. Исследование включало суточное мониторирование артериального давления с определением средних значений систолического (САД) и диастолического (ДАД) и МРТ головного мозга. Полуколичественная оценка выявленных очаговых и диффузных изменений белого вещества головного мозга проводилась по балльной системе.

У пациентов 1 и 2 групп выявлены поражения белого вещества головного мозга в виде лейкоареоза (субкортикального и перивентрикулярного) и расширения перивентрикулярных пространств (РПВП). «Немые» инфаркты были выявлены только у двух пациентов 2 группы с локализацией в области мозжечка. Различия в частоте выявления лейкоареоза и частоте выявления РПВП между двумя группами обследованных с ДиабЭП и контролем были статистически значимы. У больных с длительным течением заболевания (более 5 лет) чаще выявлялись изменения белого вещества в перивентрикулярных областях. Выраженность перивентрикулярного лейкоареоза у пациентов с ДиабЭП была статистически значимо больше, чем в группе сравнения. Различия между группами в количестве и размерах выявляемых очагов в субкортикальном белом веществе не были статистически значимыми.

Наиболее значимыми оказались различия в группах пациентов с ДиабЭП по степени выраженности РПВП. У больных с длительным течением СД (более 5 лет) перивентрикулярный лейкоареоз был более выражен.

Была выявлена умеренная прямая корреляционная связь между выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза и длительностью артериальной гипертензии (АГ) ($r = 0,385$, $p < 0,001$) и средним САД ($r = 0,385$, $p < 0,001$), средним ДАД ($r = 0,396$, $p = 0,033$). На прогрессирование субкортикального лейкоареоза оказывает влияние возраст ($r = 0,485$, $p = 0,001$), а не артериальная гипертензия или уровень гликемического контроля СД (хроническая гипергликемия). В патогенезе прогрессирования РПВП при СД играют роль сосудистые факторы (артериальная гипертензия) ($r = 0,353$, $p < 0,001$) и дисметаболические нарушения (хроническая гипергликемия) ($r = 0,33$, $p < 0,001$).

Таким образом, наличие диабетической энцефалопатии ассоциировано с большой частотой выявления диффузного поражения белого вещества головного мозга. Наиболее выраженные изменения отмечаются в области перивентрикулярного белого вещества в виде лейкоареоза и РПВП. Установлена связь между выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза и длительностью СД. Наряду с этим, на состояние мозгового вещества при диабетической энцефалопатии оказывают влияние сосудистые факторы (артериальная гипертензия) и метаболические нарушения (хроническая гипергликемия).

УДК 616.379-008.64: 616-056.52

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Т. М. Мельник, Т. Е. Михайличенко,

Д. В. Никитенко, Н. В. Сирота

Донецкий национальный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, ожирение, качество жизни

Цель исследования — оценить влияние ожирения на показатели качества жизни у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Обследовано 150 больных СД 2 типа в возрасте от 45 до 60 лет, средний возраст $54,6 \pm 3,5$ года, из них 72 мужчины и 78 женщин, средняя продолжительность заболевания $12,5 \pm 4,7$ лет. Уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) — от 7,3 до 11,8 (средний $9,42 \pm 1,15$). В зависимости от показателя индекса массы тела (ИМТ), согласно критериям ВОЗ, пациенты были разделены на 5 групп: группы с нормальной массой тела, избытком массы тела, ожирением 1, 2 и 3 степени, численность каждой группы — 30 человек. Контрольную группу составили 20 лиц, не страдающих диабетом, средний возраст $52,4 \pm 2,8$ лет. Всем обследованным проводилось общеклиническое исследование, включавшее определение массы тела, роста, окружности талии и бедер. Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника MOS SF-36 с использованием результатов по восьми шкалам опросника и подсчетом значений двух интегральных шкал — физического и психического компонентов.

У больных с СД отмечалось значительное снижение показателей качества жизни в сравнении с контрольной группой по всем шкалам опросника MOS SF-36 и обеим суммарным шкалам. Снижение качества жизни у пациентов с ожирением было обусловлено затруднениями в выполнении тяжелых и умеренных нагрузок, передвижения. Пациенты с ожирением достоверно чаще оценивали свое здоровье как плохое и считали себя более склонными к болезням. У пациентов с худшим качеством жизни отмечалось повышение ИМТ и увеличение окружности талии. Оба этих показателя отрицательно коррелировали с суммарным физическим компонентом качества жизни ($r = -0,72$; $p < 0,05$ и $r = -0,54$; $p < 0,05$), с уровнями физического функционирования ($r = -0,68$; $p < 0,05$ и $r = -0,37$; $p < 0,05$) и общего здоровья ($r = -0,58$; $p < 0,05$ и $r = -0,44$; $p < 0,05$). При этом наблюдалось снижение уровня физического функционирования от группы с нормальной массой тела к группе с избытком массы