

УДК:616.832-004.2-006:[616.62-008.22:616.34-008.1:616.69:618.17]-02:616.83]-036.1-08-035

Особливості перебігу і підходів до лікування розладів функцій тазових органів у хворих з множинним склерозом за умов коморбідності

Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Парнікоза Т.П.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Галуша А.І.

лікар-невролог, завідувач відділення
«Неврологія судинної патології»
КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Попов О.В.

лікар-невролог, завідувач відділення
«Ранньої реабілітації з інтенсивною терапією»
КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Резюме

Вивчали поширеність і особливості перебігу розладів функцій тазових органів (РФТО) у хворих з множинним склерозом (МС) в аспекті коморбідності. Було обстежено 216 хворих на МС з різними формами перебігу. Оцінювались клініко-демографічні характеристики, параклінічні дані, рівень інвалідності (EDSS), ступінь вираженості болю, тяжкості втоми, депресії, когнітивних розладів, показники якості життя (ЯЖ), а також ефективність застосування методів рефлексотерапії (РТ). Встановлено, що середній рівень поширеності РФТО у групі дослідження становить 86,6%. Найбільш чітко РФТО у хворих з МС корелювали з тривалістю захворювання, рівнем інвалідізації за EDSS, жіночою статтю, рівнем втоми та показниками ЯЖ. У групі хворих з МС з коморбідною патологією має місце достовірне превалювання симптомів РФТО і поєднаних форм РФТО. З'ясовано, що застосування методів РТ у хворих з МС дозволяє більш ефективно лікувати

прояви РФТО.

Ключові слова: множинний склероз, коморбідність, тазові розлади, рефлексотерапія.

Вступ. При МС, у зв'язку з клінічними особливостями, відомими ще з кінця XIX століття і актуальними по теперішній час, патогномонічними ознаками прийнято вважати не якийсь конкретний неврологічний симптом (їх може бути до 685, і жоден з них не є патогномонічним саме для МС) [12], а «розсіяність в просторі» (дифузний характер розташування вогнищ демієлінізації, значна варіабельність їх кількості і розміру) і «розсіяність в часі» (значна кількість різних по характеру загострень, обумовлених різними за віком вогнищами)[2,4,12].

Але, з історії вивчення МС відомо, що окремі симптоми або їх комбінації висувались різними авторами на роль патогномонічних: так, враховуючи той факт, що РФТО дуже часто виявляються у хворих з МС, Шейнберг запропонував свою «тріаду» симптомів, достатню, на його думку, для діагностики МС у 30-річних чоловіків: нетримання сечі, закрп, імпотенція [2,12].

РФТО, до яких в сучасній неврології прийнято відносити порушення діяльності сечового міхура, кишечника і статеві проблеми, представлені за даними сучасних досліджень у 34% - 96% пацієнтів з МС [2,4,9,10,13], і досить часто дослідники говорять про гіподіагностику цієї проблеми [10,13]. РФТО при МС погано переносяться навіть за умов незначного терміну захворювання, їх ступінь вираженості прямо корелює з терміном МС [13], і приводить (особливо поєднані форми РФТО) до помітного зниження ЯЖ [9].

Через «розсіяність в просторі», РФТО при МС можуть мати ознаки центрального або периферичного типу, в залежності від рівня і глибини демієлінізуючого ураження [1,2].

Клінічні симптоми РФТО, обмежуючи комунікативні функції, можуть викликати значне погіршення психічного комфорту пацієнтів з МС [10,13] і є не менш значущою причиною непрацездатності, ніж парези кінцівок і порушення координації рухів [9,14]. Найбільш поширені при МС імперативні поклики до сечовипускання з супутнім нетриманням сечі є причиною того, що багато хворих у буквальному сенсі прикуті до свого помешкання через невпевненість в досяжності туалету. РФТО також лежать в основі вторинного запалення сечових шляхів і нирок, внаслідок чого розвиваються хронічна ниркова недостатність, гідронефроз і уросепсис, які входять до числа основних причин смерті хворих з МС [1,4,9,13].

Слід зауважити, що РФТО при МС найчастіше можуть носити первинний характер і бути пов'язаними з основним патологічним процесом (найбільш чітко вони корелюють з вогнищами демієлінізації у ділянці стовбура мозку і уздовж пірамідних шляхів) [9,13], але також їх характер і ступінь вираженості можуть бути обумовлені коморбідною патологією (іноді-преморбідною), а крім цього їх можуть посилювати такі прояви МС, як втома, депресія, парези кінцівок і викликане ними обмеження здатності до пересування, або спастичність, біль, побічні ефекти лікарських препаратів та інші психологічні, емоційні, соціальні чинники [2,4,9,13,14].

Симптоматичне медикаментозне лікування з метою нормалізації функції сечового міхура при МС застосовується найчастіше і полягає у призначенні в разі нетримання сечі у якості препаратів першої ланки антихолінергічних (антимускаринових) препаратів: оксибутину, фезотеродіну, пропантеліну броміду, пропіверину гідрохлориду, толтеродину, тропіа хлориду, соліфенацину сукцинату; у якості препаратів другої ланки - даріфенацину, а також міорелаксантів бакофену та тізанідіну [10,13]. У разі ніктурії ефективним є трициклічний антидепресант іміпраміну гідрохорид [10,13], а при затримці сечі - альфа-адренблокатори доксазозин, алфузозин, празозин, теразозин, а також міорелаксанти, канабіоїди, десмопресин [10,13].

З метою нормалізації функції кишківника при МС у разі закріпів, які часто турбують хворих, насамперед рекомендується дієта з високим вмістом клітковини, достатнє споживання рідини (1,5-2 л води, бульйону, чаю на добу), достатня фізична активність [13]. У якості послаблюючих засобів бажано не використовувати ті препарати, яким притаманна потужна стимулююча перистальтику кишківника дія (рицинова олія, коректол, бісакоділ), а призначати ті засоби, що володіють пом'якшувальним стілець ефектом (вазелінове масло, хронулак, порталак) та сольові або осмотичні (магнію сульфат, лактулоза, карловарська сіль) проносні засоби [13]. У разі діареї, яка хоча і менше поширена при МС, ніж закріп (вона може бути результатом збільшен-

ня рефлекторної діяльності кишківника, викликаної демієлінізуючим пошкодженням, впливу коморбідних захворювань ШКТ, деяких медикаментів, незбалансованого харчування), проте може суттєво посилити нетримання калу і погіршити ЯЖ, рекомендовано застосовувати протипроносні засоби (імодіум, каопектат, маалокс), а також різноманітні харчові волокна (натуральні висівки, порошок бене-файбер, цитрусел), які ефективно збільшують масу стільця, в той же час зменшуючи розтягнення стінки кишківника) [10,11,13].

При порушенні статевої функції у чоловіків з МС зазвичай застосовують свічі з простагландином Е-1, вітаміни Е, В12, віагру (еректильна дисфункція), тоді як у пацієнок з МС – лубріканти (при зменшенні зволоження піхви) [11], естрогени (при зменшенні чутливості клітора), естрогени в комбінації з метилтестостероном разом з лубрікантами (при зниженні лібідо та диспареунії), альфа-блокатори в комбінації з інгібіторами фосфодіестерази (при гіпо- і аноргазмі) [9].

Зазвичай, симптоми РФТО є досить чутливими до медикаментозного лікування, але, разом з тим, досить часто для успішного купування РФТО слід залучати до лікувального процесу інших спеціалістів, як-то уролога, гастроентеролога, сексопатолога, застосовувати немедикаментозні методи (самокатеризація, цистостомія, стимуляція нерву, гіпербарична оксигенація, пристрої для вакуумної ерекції, вібратори) [9,11].

З іншої точки зору, низка лікарських препаратів, що використовуються для патогенетичного чи симптоматичного лікування МС або коморбідних захворювань (цитостатики, кортикостероїди, препарати інтерферонів, антихолінергічні, трициклічні антидепресанти, гіпотензивні, антиаритмічні, наркотичні анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати, симпатоміметики та ін.), можуть сприяти поглибленню РФТО [9,13], навіть більше: препарати, що ефективні для лікування одних симптомів РФТО, можуть ступінь вираженості інших [9,10,13].

Тому, у комплексному лікуванні МС взагалі, і в купуванні РФТО зокрема слід уникати поліпрагмації, а серед методів лікування потрібно використовувати й такі (РТ) [5,7], що не лише діють патогенетично чи усувають симптоми РФТО, а здатні підвищити загальний рівень вітальності організму та рівень нейропластичності ЦНС, а відповідно і ЯЖ пацієнтів [5,7].

Мета роботи: Визначити поширеність РФТО у хворих з МС та з'ясувати особливості їх перебігу в аспекті коморбідності; провести кореляційний аналіз між показниками вираженості РФТО (FS) у пацієнтів з МС в аспекті коморбідності та ступенем інвалідності (EDSS), рівнем вираженості втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ), розладів когнітив-

них функцій (MMSE) та показниками ЯЖ (SF-36). Оцінити ефективність та доцільність застосування методів РТ для купування РФТО у пацієнтів з МС.

Матеріал і методи: Під нашим спостереженням знаходилось 216 пацієнтів МС з різними формами перебігу, які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне обстеження та лікування на клінічній базі кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика у період з 2007 по 2016 рр.

При неврологічному обстеженні пацієнтів з РС нами було проведено бальну оцінку ступеня порушених функціональних систем FS-1 - FS-7 (шкала FS- Functional System за J.Kurtzke, 1983), визначено рівень інвалідизації (EDSS), виявлено наявність або відсутність РФТО під час обстеження, а також в анамнезі, до та після встановлення діагнозу МС, з'ясовано їх характер. При визначенні ступеня порушень FS-5 (тазові функції) за точку відліку патологічних змін ми брали імперативні поклики на сечовипускання, а максимальний бал встановлювався з урахуванням найбільш грубих порушень функції чи то сечового міхура, чи то кишківника (розлади статевої функції не входять до критеріїв FS-5).

Також було проведено аналіз даних параклінічних методів дослідження, визначення індексу маси

тіла (ІМТ) по формулі Кетле, нейропсихологічне дослідження: проявів втоми за шкалою тяжкості втоми (FSS), болю (ВАШ), рівня депресії (за шкалою BDI-II) та розладів когнітивних функцій (MMSE) і визначено показники ЯЖ. Проведено лікування пацієнтів на МС з наявністю РФТО методами РТ у складі комплексної терапії і проаналізовано його результати.

Статистичну обробку результатів було проведено за допомогою непараметричних критеріїв Манна-Уїтні та Крускала-Уолліса та коефіцієнта кореляції Пірсона.

Результати та їх обговорення: Всі обстежені нами 216 пацієнтів на МС з різними формами перебігу в залежності від наявності чи відсутності коморбідної патології були поділені на 2 групи: без жодного супутнього захворювання (I група - 109 хворих); одне чи декілька супутніх захворювань (II група - 107 хворих). Клініко-демографічні характеристики пацієнтів з МС наведені у таблиці 1.

Таблиця 1.
Клініко-демографічні характеристики хворих на МС в аспекті РФТО та у зв'язку з коморбідністю.

Показник	Групи обстежених хворих з РС у аспекті коморбідності (n=216)	
	I група без супутніх захворювань n=109	II група наявність супутньої патології n=107
Середній вік, років (m ± CB)	36,9 ± 9,3	42,3 ± 10,4 *
Тривалість захворювання, років	5,3 ± 1,9	7,4 ± 2,0 *
Гендерне співвідношення (жінки/чоловіки)	72/37 (66,1/33,9)	68/38 (63,6/36,4) *
Оцінка за шкалою EDSS, бали (m ± CB)	3,4 ± 1,1	4,3 ± 1,2**
Оцінка FS-5(функція кишечника і сечового міхура) бали (m ± CB)	1,2 ± 0,19	1,4 ± 0,27*
Наявність РФТО, абс./%	91(83,5%)	96(89,7%)**
* p > 0,05; ** p < 0,05		

При клінічному обстеженні з'ясувалось, що на момент обстеження найбільш частими скаргами в аспекті розладів функції сечового міхура в групі дослідження були скарги на імперативні поклики до сечовипускання (47,2%), ніктурію (40,7%), періодичне нетримання (23,6%) та затримку сечі (21,7%); також досить частими були скарги на зміну кольору та запаху сечі (20,8%), відчуття неповного випорожнення сечового міхура (19,4%), млявого струменя сечі (15,3%), утруднене (13,4%), болюче (12,5%), часте (10,7%) сечовипускання, болі в попереку (18,5%) та внизу живота (10,2%).

Частина пацієнтів відмітили, що такі скарги, як імперативні поклики до сечовипускання (7,9%), дизурічні прояви (10,6%), зміна кольору (6,0%) та запаху сечі (4,2%), болі в попереку (8,8%) мали місце в них преморбідно, до встановлення діагнозу МС, іноди (3,2%) за декілька років до цього. На наш погляд, у одних випадках це пов'язано з моносимптомним дебютом МС, який не був тоді діагностований (імперативні поклики та зміна кольору сечі), а в інших – з розвитком преморбідної щодо МС (нефрологічної, неврологічної та гінекологічної) патології. Невелика кількість хворих з МС (переважно жінки) відмітили, що перші ознаки порушення сечовипускання (дизурія) з'явилися у них преморбідно після пологів (5,6%). Всього клінічні ознаки порушення функцій сечового міхура різного ступеня були нами діагностовані у 164 (75,9%) хворих з МС групи дослідження.

При лабораторних дослідженнях сечі у переважній більшості (84,7%) пацієнтів з МС групи дослідження мали місце загальні запальні ознаки (зменшення прозорості, питомої ваги, зміщення рН в бік нейтральної і лужної, нерізке збільшення кількості лейкоцитів та еритроцитів, циліндрів, білка, зміна кольору частіше в бік зеленого), що були більш значно виражені у пацієнтів з порушенням функції сечового міхура.

Ультразвукове дослідження (УЗД) сечового міхура здійснювали трансабдомінально, при наповненому сечовому міхурі. Визначали його розміри, форму, товщину стінок, ехогенність вмісту, а після сечовипускання - обсяг залишкової сечі. Було обстежено 47 хворих на МС з помірним або клінічно вираженим порушенням функції сечового міхура.

Слід зазначити, що результати обстеження продемонстрували неповну відповідність між клінічною симптоматикою і даними УЗД сечового міхура (клініко-інструментальна дисоціація): лише у 25 з 42 хворих на МС, які вказували на наявність відчуття неповного випорожнення сечового міхура була виявлена залишкова сеча, у той же час, у 7 пацієнтів, які не скаржились на відчуття неповного випорожнення сечового міхура, за даними УЗД сечового міхура було виявлено залишкову сечу.

УЗД нирок було здійснено у 15 пацієнтів з МС II групи з документованою нефрологічною коморбідністю. Визначались анатомічний стан верхніх сечових шляхів, положення і розмір, чіткість і рівність контурів нирок, товщина паренхіми, стан чашково-мискової системи, наявність конкрементів і утворень. Проведені УЗД нирок дозволили виявити у 10 хворих з МС нефроптоз, у 3 - хронічний пієлонефрит, у 2 - нефролітіаз, у 1 хворого - камінь сечоводу. При цьому слід відзначити, що вищевказану патологію сечовивідної системи було виявлено у 5 (5,2%) хворих – з двома супутніми захворюваннями, у 3 – (2,1%) – з трьома, і у 7 (7,3%) - з чотирьох і більше.

Таким чином, наявність запальних змін лабораторних аналізів сечі, а також виявлений нами феномен клініко-інструментальної дисоціації свідчить про можливу гіподіагностику сечових розладів у пацієнтів з МС, і дає підстави для рекомендації проведення УЗД сечового міхура всім пацієнтам МС з наявністю РФТО.

Стосовно порушень функції кишківника в групі дослідження найбільш частими були скарги на періодичні закреп (31,0%), метеоризм (28,7%), діарею (11,6%), імперативні поклики на дефекацію зі зменшенням спроможності утримувати кишкові гази і кал (10,2%), зменшення «ректального відчуття» (8,8%), слабкість м'язів тазового дна (8,3%).

Зменшення, больової чутливості в аноректальній зоні (а також взагалі в сегментах S1-S5), зменшення «ректального відчуття», виражений нижній парапарез, наявність діареї корелювало з порушенням функції кишківника в аспекті нетримання у пацієнтів з МС. Невелика кількість хворих з МС (5,6%) відмітили, що перші ознаки порушення функції кишківника виникли у них преморбідно, після абдомінальних хірургічних втручань (апендектомія) або після пологів.

Всього клінічні ознаки порушення функцій кишківника були нами діагностовані у 84 (38,9%) хворих на МС групи дослідження.

Стосовно порушень статевих функцій, в групі дослідження найбільш частими були скарги на зменшення лібідо (25,5%), порушення ерекції і еякуляції у чоловіків (20,0%), погіршення зволоження піхви (17,0%), гіпооргазмію (13,5%) у жінок, і лише 4,7% хворих обох статей відмічали збільшення лібідо.

Всього клінічні ознаки порушення статевих функцій були нами діагностовані у 69 (31,9%) хворих на МС групи дослідження.

Взагалі серед хворих на МС групи дослідження РФТО мали місце у 187 (86,6%) пацієнтів (I група -91; II група -96), при цьому моно-форми РФТО (порушення функцій або сечового міхура, або кишківника, або статевих органів) спостерігалось у

28,7% хворих, одночасне ураження двох з трьох цих систем – у 41,2% хворих, а порушення функцій усіх трьох вищевказаних систем – у 17,1% хворих. Слід зауважити, що серед пацієнтів з МС I групи достовірно частіше спостерігались моно-форми РФТО, а серед пацієнтів II групи – поєднані форми РФТО.

Середній бал за FS-5 в групі дослідження становив $1,3 \pm 0,24$ (I група – $1,2 \pm 0,19$; II група – $1,4 \pm 0,27$). При цьому згідно з даними FS-5 було зафіксовано: 0 балів – 41 хворий (I група- 24; II група-17), 1 бал - 85 хворих (I група -46; II група -39), 2 бали – 73 хворих (I група -32; II група -41); 3 бали -17 хворих (I група 7; II група -10). Бал FS-5 за рахунок порушення функцій сечового міхура був сформований у 106 пацієнтів з МС, а за рахунок порушення функцій кишківника – у 59 пацієнтів.

При аналізі даних МРТ пацієнтів з РФТО з'ясувалось, що вогнища демієлінізації найчастіше виявлялись в медіальних відділах лобних часток, стовбурі мозку, мозочку, острівці, середньому мозку, шийному і поперековому відділах спинного мозку.

При проведенні кореляційного аналізу шляхом обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона з'ясувалось, що найбільш чітко наявність і вираженість РФТО у хворих з МС корелювали з тривалістю захворювання ($r=0,39$; $p<0,01$), рівнем інвалідизації за EDSS ($r=0,35$; $p<0,05$), рівнем втоми (FSS) ($r=0,23$; $p<0,05$), за рахунок прямих кореляцій, та з показниками ЯЖ ($r=-0,33$; $p<0,05$) за рахунок зворотних кореляцій (при цьому при поєднаних формах РФТО рівень зворотних кореляцій з ЯЖ був найвищим: ($r=-0,47$; $p<0,01$).

Крім цього, з порушенням функції сечового міхура корелювали розлади функцій стовбура мозку (FS-3) ($r=0,27$; $p<0,05$), переважно за рахунок окорухових симптомів, розлади пірамідних функцій (FS-1) ($r=0,25$; $p<0,05$), больові розлади (ВАШ) ($r=0,21$; $p<0,05$); з порушенням функції кишківника - когнітивні розлади (MMSE) ($r=0,31$; $p<0,05$); з розладами статевих функцій – рівень депресії (BDI-II) ($r=0,38$; $p<0,05$), ожиріння (ІМТ > 30 кг/м²) ($r=0,32$; $p<0,05$). Але, з іншого боку, знижена вага тіла, яка часто є негативним чинником у перебігу МС [3], корелювала зі стійкими РФТО, що мало реагували на проведення терапії (ІМТ < 18,5 кг/м²) ($r=0,24$; $p<0,05$).

Також з РФТО тісно корелювали м'язова спастичність та жіноча стать.

Таким чином, у II групі хворих з МС, де відмічається достовірно більший ступінь інвалідності ($p<0,05$), втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ), когнітивних розладів (MMSE) [8], тривалість захворювання, нижчий рівень ЯЖ [6], також має місце достовірне превалювання симптомів РФТО і поєднаних форм РФТО.

Щодо впливу різних видів коморбідності на розвиток симптомів РФТО у пацієнтів з МС, то найбільш тісні кореляції ми отримали між порушеннями функції сечового міхура і нефрологічною коморбідністю, больовими поперековими синдромами; між порушеннями функції кишківника і гастроентерологічною коморбідністю та автоімунною коморбідністю (особливо це стосується цукрового діабету і автоімунного тиреоїдиту); між статевими розладами і цефалгіями та лицевими болями.

Крім медикаментозних засобів, для купування РФТО у хворих з МС I та II груп нами було ефективно використано методи рефлексотерапії (РТ) (класичну акупунктуру, скальпову акупунктуру, електроакупунктуру), які дозволили більш швидко та якісно купувати окремі симптоми РФТО, або зменшити ступінь їх вираженості. Крім того, застосування методів РТ дозволило досягнути позитивного результату у пацієнтів зі стійкими проявами РФТО.

Висновки:

1. Середній рівень поширеності РФТО у досліджуваних нами хворих з МС становить 86,6%.
2. У II групі хворих з МС (з коморбідною патологією) має місце достовірне превалювання симптомів РФТО і поєднаних форм РФТО.
3. Найбільш чітко РФТО у хворих з МС корелювали з тривалістю захворювання, рівнем інвалідизації за EDSS, жіночою статтю, рівнем втоми та показниками ЯЖ.
4. Застосування методів РТ у хворих з МС дозволяє більш ефективно лікувати прояви РФТО.

Перелік літератури

1. Гайтукаєва Х.М. Расстройства функций тазовых органов при рассеянном склерозе / Гайтукаєва Х.М., Шевченко П.П., Пажигова З.Б. // Успехи современного естествознания.- 2014.- №6.- С.28-29.
2. Гусев Е.И. Рассеянный склероз / Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. - М.: Нефть и газ, 1997.- 463 с.
3. Мурашко Н.К. Аналіз коморбідності та чинників стилю життя у хворих з розсіяним склерозом / Мурашко Н.К., Чуприна Г.М. // Сімейна медицина.- 2013. - № 5.- С.85-87.
4. Пономарев В.В. Аутоиммунные заболевания в неврологии. / Пономарев В.В. - Минск: Беларуская навука, 2010.- 254 с.
5. Чуприна Г.М. Використання рефлексотерапії у комплексному лікуванні при розсіяному склерозі / Розділ 2.1.6. у кн. Рефлексотерапія (національний підручник) за ред. Мурашко Н. К., Морозової О. Г./ Мурашко Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г.М. [та ін.] - К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2013. - Т. II.- С. 281 - 300.
6. Чуприна Г.М. Оцінка якості життя у хворих з

- розсіяним склерозом в аспекті коморбідності за допомогою опитувальника SF-36/ Чуприна Г.М.// Східно-Європейський неврологічний журнал .- 2015. -№6.- С.50-55.
7. Чуприна Г.М. Підхід до рефлексотерапії у комплексному лікуванні хворих з розсіяним склерозом з урахуванням коморбідності / Чуприна Г.М., Мурашко Н.К.// Сімейна медицина.- 2013. - № 4.- С.77-79.
 8. Чуприна Г.М. Психопатологічні розлади у хворих з розсіяним склерозом за умов коморбідності: поширеність та особливості перебігу в залежності від виду супутньої патології / Чуприна Г.М.// Сімейна медицина.- 2015. - №5(61).- С.168-170.
 9. Cordeau D. Sexual disorders in women with MS: Assessment and management / Cordeau D., Courtois F.// Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2014- Vol.57.-№5.- P. 337-347.
 10. DasGupta R. Bladder, bowel and sexual dysfunction in multiple sclerosis. Management strategies./ DasGupta R., Fowler C.J. // Drugs 2003;63:153-66.
 11. Efficacy of sildenafil in the treatment of female sexual dysfunction due to multiple sclerosis/ Das Gupta R., Wiseman O.J., Kanabar G. [et al.]// J. Urol.-2004.- Vol.171.- P. 1189-1193.
 12. Murray T. J. Multiple sclerosis: the history of a disease/ Murray T. J.- New York:Demos, 2005.- 248 с.
 13. Namey M. Elimination Dysfunction in Multiple Sclerosis/ Namey M. , Halper J. // International Journal of MS Care.- 2012.- Vol. 14, Supplement 1.- P. 1-26.
 14. Prevalence of stress urinary incontinence in women with multiple sclerosis / Murphy A. M., Bethoux F., Stough D. [et al.]// Int Neurourol J.- 2012.-Vol.16.- P.86-90.

Особенности течения и подходы к лечению расстройств функций тазовых органов у больных рассеянным склерозом в условиях коморбидности

Чупрына Г.Н.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой
неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Парникоза Т.П.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Галуша А.И.

врач-невролог, заведующий отделения
«Неврология сосудистой патологии»
КЗ КОР «Киевская областная клиническая
больница»

Попов А.В.

врач-невролог, заведующий отделения
«Ранней реабилитации с интенсивной
терапией»
КЗ КОР «Киевская областная клиническая
больница»

Резюме

Изучали распространённость и особенности течения расстройств функций тазовых органов (РФТО) у больных рассеянным склерозом (РС) в аспекте коморбидности. Было обследовано 216 больных РС с различными формами течения. Установлено, что средний уровень распространённости РФТО в группе исследования составляет 86,6%. Наиболее тесно РФТО у больных РС коррелировали с длительностью заболевания, уровнем инвалидизации по EDSS, женским полом, уровнем усталости и показателями качества жизни. В группе больных РС с коморбидной патологией имеет место достоверное преобладание симптомов РФТО и сочетанных форм РФТО. Установлено, что применение методов рефлексотерапии у больных РС позволяет более эффективно лечить проявления РФТО.

Ключевые слова: рассеянный склероз, коморбидность, тазовые расстройства, рефлексотерапия.

The course and approach to the treatment of pelvic organs disorders in patients with multiple sclerosis in the comorbidity

Chupryna G.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Parnikoza T.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Galusha A.

Neurologist, Kyiv Regional Hospital

Popov A.

Neurologist, Kyiv Regional Hospital

Summary

We studied the prevalence and characteristics of the disorders of the pelvic organs (DPO) in patients with multiple sclerosis (MS) in the aspect of comorbidity. The study involved 216 MS patients with different forms of course. It was found that the average prevalence DPO in the study group was 86.6%. The most closely DPO MS patients correlated with disease duration, level of disability (EDSS), female gender, level of fatigue and quality of life indicators. In the group of MS patients with comorbid pathology holds a significant prevalence of symptoms DPO and combined forms DPO. It was found that the use of acupuncture techniques in MS patients allows more effectively treat the symptoms DPO.

Key words: multiple sclerosis, comorbidity, pelvic disorders, acupuncture.
