

К. : Четверта хвиля, 2006. – 167 С.

10. Лавникова Г. А. Некоторые закономерности лучевого патоморфоза опухолей человека и их практическое использование / Г. А. Лавникова // Вестник АМН СССР. – 1976. – № 6. – С. 13 – 19.

11. Лушников Е. Ф. Лучевой патоморфоз опухолей человека / Е. Ф. Лушников. – М.: Медицина, 1977. – 328 с.

12. Glimelius B. Late toxicity from rectal cancer radiotherapy // Abstr.18 Internat. Cancer Congress. - Oslo, Norway, 2002. -P.7.

13. Meta-analysis Group in Cancer. Efficacy of intravenous continuous infusion of fluorouracil compared with bolus administration in advanced colorectal cancer // J. Clin. Oncol. – 1998. – № 16. – P. 301 – 308.

Терен Т.І.

Лечебный патоморфоз, индуцированный неoadъювантной химиолучевой терапией у больных резектабельным раком ободочной кишки

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Резюме. Целью исследования было изучение эффективности внутривенного введения 5-фторурацила и одновременного облучения опухоли крупными по 5 Гр фракциями в неoadъювантном режиме дистанционной гамма-терапии у больных резектабельным раком ободочной кишки по результатам оценки лечебного патоморфоза, который является достоверным критерием оценки эффективности химиолучевой терапии. Применение химиолучевого компонента лечения на дооперационном этапе вызывает множественные парциальные некрозы в опухоли, а также субтотальные и тотальные необратимые изменения в ней, что способствует абластичности проведения операции, уменьшает риск местного рецидива заболевания. То есть за морфологическими признаками стало возможным судить о чувствительности опухоли к проведению дооперационному химиолучевому лечению.

Исследуемая нами схема дооперационного лечения включала компонент крупнофракционного облучения и химиотерапевтического лечения с последующим радикальным удалением опухоли. Поэтому патоморфоз оценивался на клеточном уровне (дистрофия и полиморфизм клеток, снижение митотической активности) и на тканевом уровне, так как за это время более четко выступают изменения гистологической структуры опухоли.

Сопоставление морфологических проявлений лечебного

патоморфоза с клиническими данными показало, что степень их выраженности совпала с объективно зарегистрированным клиническим эффектом. Таким образом по морфологическим признакам стало возможным судить о чувствительности опухоли к предоперационному химиолучевому лечению.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, неoadъювантная химиолучевая терапия, патоморфоз.

T.I. Teren

Medical Pathomorphosis Induced by Neoadjuvant Chemoradiotherapy in Patients with Resectable Colon Cancer

Ivano-Frankivsk National Medical University

Summary. The aim of the research was to study of efficacy of intravenous infusion of 5-fluorouracil and simultaneous irradiation of the tumour of 5 large fractions in the neoadjuvant mode for patients by the operating cancer of colon on results the estimation of curative pathomorphology, which is the reliable criterion of estimation of efficiency of chemoradiation therapy. Applying of the chemoradiation component of treatment on the preoperated stage causes plural partial necroses in tumours, and also subtotal and total irreversible changes, that promotes to the operation ablasticity realizations and diminishes the risk of local recurrence diseases.

The pre-operation treatment scheme we studied included a component of the large-scale irradiation with further tumor removal. Therefore pathomorphosis evaluated at the cellular level (cell degeneration and polymorphism, reduced mitotic activity) and at the tissue level, because during this time more clearly advocate changes histology of the tumor.

Comparison of morphological manifestations of therapeutic pathomorphism with clinical data showed that the level of their expression coincides with the objectively registered clinical effect. Thus, according to the morphological manifestations it has become possible to consider the sensitivity of the tumor before the preoperative chemoradiotherapy.

Keywords: Colon cancer, neoadjuvant chemoradiation therapy, pathomorphology.

Надійшла 10.06.2013 року.

УДК 616-009.2+616.4

Ткачук Н.П., Гриб В.А.

Поширеність синдрому неспокійних ніг у популяції хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений поліневропатією

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Метою дослідження було вивчити поширеність синдрому неспокійних ніг (СНН) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу, проаналізувати основні клінічні прояви даного синдрому на фоні діабетичної поліневропатії (ДПН). На базі ендокринологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні було обстежено 94 хворих на ЦД 2 типу. У всіх пацієнтів було діагностовано ДПН за допомогою суб'єктивних даних та визначення неврологічного статусу. Всі хворі були поділені на 2 групи: до I увійшло 69 пацієнтів з ДПН без СНН, II групу склали 25 хворих з СНН на фоні ДПН. Контролем слугувало 15 практично здорових осіб (ПЗО). У 25 (27,5%) хворих було виявлено СНН за допомогою основних діагностичних критеріїв IRLSG (2003). За результатами досліджень виявлено різноманітність клініки даної патології, зокрема деякі скарги, такі як утруднене засинання, сонливість вдень, судоми литкових м'язів, парестезії і болі нижніх кінцівок поєднували СНН і ДПН. Проте, такі симптоми як рухи кінцівками уві сні, необхідність у ходьбі вночі, поява скарг при тривалому сидінні зустрічалися з більшою частотою у хворих з

СНН ($p < 0,05$), що надало можливість чітко диференціювати ці патології. Окрім того, хворі II групи були опитані за міжнародною шкалою СНН, яка визначила ступінь важкості даної патології у них і показала, що у 11 пацієнтів виявлений легкий (6-9 балів), у 10 – помірний (12-17 балів), у 4 – важкий (22-25 балів) ступінь СНН. У хворих з помірним і важким ступенем СНН зустрічалися всі можливі скарги, притаманні СНН та їх можна було чітко віддиференціювати від ДПН, так як у пацієнтів з легким ступенем важкості переважали скарги на погіршення сну, парестезії та болі у нижніх кінцівках, що було спільним із хворими з ДПН без СНН. Дане дослідження дозволяє зробити висновок про значний зв'язок між СНН і ДПН. У хворих на ЦД 2 типу поліневропатія є основним чинником ризику для розвитку СНН. Тим не менш, поліневропатія лише частково пояснює високу поширеність СНН у структурі діабету, так як клінічні характеристики даного синдрому у хворих на ЦД, мабуть, є окремою нозологією.

Ключові слова: синдром неспокійних ніг, цукровий діабет, діабетична поліневропатія, рухи кінцівками уві сні.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Синдром неспокійних ніг (СНН, синдром Екбома) полягає у виникненні неприємних відчуттів у гомілкях і стопах під час сну, змушуючи хворих постійно змінювати положення ніг. У частини хворих аналогічні симптоми виникають при тривалому сидінні. Вставання і ходьба практично усувають скарги. Хворі описують дані відчуття як «повзання мурашок», «оніміння», «судоми» та ін. Поширеність даної патології складає 10-15% серед дорослого населення у віці між 30 і 70 роками [1]. Періодично виникаюча потреба в ходьбі, що перериває засинання чи нічний сон, є чинником невротизації хворих за астеничним або депресивним типом, а це в свою чергу формує у лікарів думку про психогенне походження даних скарг і призначення психотропних препаратів. Відсутність об'єктивних патологічних змін в кінцівках, нервовій, ендокринній, імунній системах впливає на користь даних поглядів. За даними американського фонду СНН Restless legs syndrome foundation, дана патологія зустрічається набагато частіше, ніж розпізнається [3].

Міжнародна група з вивчення СНН IRLSG (2003) виділила основні 4 діагностичні критерії СНН: 1) симптоматична потреба рухати ногами, що зазвичай супроводжується або викликається неприємними відчуттями в них; 2) симптомокомплекс починається або погіршується під час відпочинку або в період зниженої фізичної активності; 3) скарги повністю або частково полегшуються при рухах; 4) вказані симптоми посилюються або виникають лише увечері чи вночі [7].

Відсутність чітких даних про причини захворювання, механізми розвитку, а також об'єктивні симптоми патологічного процесу призвели до формування терапевтичного нігілізму: призначаються фізіотерапевтичні процедури, полівітаміни, судинорозширюючі препарати, лікувальний ефект яких не задовольняє ні пацієнтів, ні лікарів. Слід зазначити, що скарги на біль, неприємні відчуття, неспокій в ногах наявні і у хворих з діабетичною поліневропатією (ДПН), і у частини хворих стандартна терапія поліневропатії не дає бажаного ефекту. Ймовірно, у них теж є СНН, який маскується ДПН і вимагає адекватного лікування. Поширеність СНН у хворих на ЦД 2 типу за даними іноземної літератури, становить 25% [6], проте немає відомостей про поширеність СНН у хворих на ДПН, а тим більше причини виникнення. Тому це питання є надзвичайно актуальним та потребує подальшого вивчення.

Метою дослідження було вивчити поширеність СНН серед хворих на ЦД 2 типу, ускладнений ДПН, проаналізувати основні клінічні прояви даного синдрому на фоні поліневропатії.

Матеріал і методи дослідження

Нами було обстежено 94 хворих на ЦД 2 типу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні і оглядалися при поступленні. Середній вік – 46,3±1,4 років, тривалість ЦД – 8,4±0,45 роки, рівень глікозильованого гемоглобіну – 9,8±0,5%. У всіх хворих було діагностовано ДПН за допомогою визначення суб'єктивних характеристик захворювання і неврологічного статусу: сухожилкових рефлексів, поверхневої чутливості (больової, температурної, тактильної) та глибокої чутливості (вібраційної та суглобово-м'язового відчуття). З них у 25 (27,5%) хворих було виявлено СНН за допомогою основних діагностичних критеріїв, представлених вище.

Всі хворі на ЦД були поділені на 2 групи: I група – 69 хворих з ДПН без СНН; II група – 25 хворих, у яких було виявлено СНН на фоні ДПН. Контролем слугувало 15 хворих відповідного віку без проявів ЦД і СНН, що склали групу практично здорових осіб (ПЗО).

Хворим II групи було визначено ступінь важкості СНН за шкалою оцінки ступеня важкості СНН, яка складається з 10 запитань, що включають: 1) оцінку дискомфорту в ногах, (0-4 бали); 2) необхідність рухатися (0-4 бали); 3) зменшення дискомфорту в ногах при рухах (0-4 бали); 4) розлади сну (0-4 бали); 5) втому і сонли-

Таблиця 1. Скарги хворих

Скарги хворих	ПЗО n=15		I група n=69		II група n=25	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Утруднене засинання і часті пробудження	4	26,7	51*	73,9	25*	100,0
Недостатній сон і сонливість вдень	3	20,0	57*	82,6	23*	92,0
Рухи кінцівками уві сні	1	6,7	2	2,9	21*/**	84,0
Судоми литкових м'язів	2	13,3	39*	56,5	17*	68,0
Парестезії і болі нижніх кінцівок	1	6,7	61*	88,4	19*	76,0
Необхідність у ходьбі вночі	0	0	3	4,3	13*/**	52,0
Поява знайомих скарг при тривалому сидінні	0	0	4	5,8	11*/**	44,0

Примітка: * - вірогідно у порівнянні з ПЗО, $p < 0,05$; ** - вірогідно у порівнянні з показниками I групи, $p < 0,05$

вість (0-4 бали); 6) частоту виникнення симптомів СНН (0-4 бали); 7) оцінку ступеня важкості СНН самим пацієнтом (0-4 бали); 8) середню тривалість симптомів СНН протягом дня (0-4 бали); 9) вплив СНН виконувати щоденні сімейні, домашні, соціальні, навчальні обов'язки (0-4 бали); 10) розлади настрою: агресивність, депресія, пригніченість, занепокоєння (0-4 бали). Сума балів при відповіді на запитання визначає ступінь важкості СНН: дуже важкий (31-40 балів); важкий (21-30 балів); помірний (11-20 балів); легкий ступінь (1-10 балів); немає – 0 балів.

Статистичну обробку здійснювали за допомогою методів варіаційної статистики з використанням пакету "StatSoft/STATISTICA 6".

Результати дослідження та їх обговорення

За допомогою основних діагностичних критеріїв у 25 (27,5%) хворих було виявлено СНН.

Як показали результати наших досліджень, клінічна картина даної патології різноманітна і має багато спільних симптомів із ДПН: неприємні відчуття у вигляді болю, печії, судом, повзання мурашок, що можуть зникати під час рухів ногами, і можливо, маскують СНН (таблиця 1).

Слід зауважити, що деякі симптоми спостерігалися й у ПЗО, зокрема утруднене засинання і часті пробудження були наявні у 26,7% ПЗО; на сонливість вдень скаржилося 20,0%; у 13,3% ПЗО відзначалися судоми литкових м'язів, що абсолютно допустимо в когорті здорових людей.

Поєднують СНН та ДПН такі симптоми: порушення сну, парестезії і болі нижніх кінцівок, судоми литкових м'язів ($p > 0,05$), а те, що рухи кінцівками уві сні, необхідність у ходьбі вночі та поява скарг при тривалому сидінні зустрічались з більшою частотою у хворих з СНН ($p < 0,05$), вказує на чітку можливість диференціювання СНН та ДПН.

При опитуванні хворих II групи за міжнародною шкалою СНН були виявлені наступні результати: у 11 пацієнтів виявлений легкий (6-9 балів), у 10 – помірний (12-17 балів), у 4 – важкий (22-25 балів) ступінь СНН.

У хворих з легким ступенем важкості СНН переважали скарги на порушення сну, зокрема утруднене засинання, часті пробудження, недостатній сон і сонливість вдень та на парестезії і болі нижніх кінцівок.

Помірний ступінь важкості характеризувався наявністю вищевказаних скарг, окрім того у хворих з'являлися рухи кінцівками уві сні.

При важкому ступені СНН до порушення сну, парестезій, болей у нижніх кінцівках, рухів кінцівками уві сні приєднувалися необхідність у ходьбі вночі та скарги починали з'являтися не тільки у лежачому положенні, а і при тривалому сидінні.

Висновки

Дане дослідження підтверджує значний зв'язок між СНН і ДПН. У хворих на ЦД 2 типу, поліневропатія є основним чинником ризику для розвитку СНН. Тим не менш, поліневропатія лише частково пояснює високу поширеність

СНН в структурі діабету, так як клінічні характеристики даного синдрому у хворих на ЦД, мабуть, є окремою нозологією.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи поширеність та різноманітність клінічних проявів СНН перспективним напрямом подальших досліджень є визначення механізмів формування СНН у хворих з ДПН та ролі порушення функціонального стану периферійних нервів у хворих з ДПН у розвитку СНН шляхом співставлення клініко-електроенцефалографічних даних.

Література

1. Левин О.С. Подходы к диагностике и лечению синдрома беспокойных ног. /О.С. Левин// Трудный пациент. – 2009. – № 4-5. – С. 36-39.
2. Московко С.П. Синдром беспокойных ног: недооцененная реальность. /С.П. Московко, Л.Н. Желиба, Н.Г. Старинец, Г.С. Московко// Здоров'я України. – 2007. – № 6/1. – С. 28-29.
3. Allen R. P. Restless legs syndrome //R.P. Allen, A.S. Walters, J. Monplaisir// Sleep. Medicine. – 2003. – №4. – P. 101-119
4. Earley C. J. Restless legs syndrome /C.J.Earley// N. Engl. J. Med. – 2003. – №348 – P. 2103-2109.
5. Gemignani F.,MD. Restless Legs Syndrome and Diabetic Neuropathy /F. Gemignani,MD, F. Brindani,MD, A. Marbini// Sleep. – 2008. – № 31(3) – P. 307.
6. Livia A. Lopes Restless Legs Syndrome and Quality of Sleep in Type 2 Diabetes /Livia A. Lopes, MD, Camilla de M.M. Lins,MD, Vanessa G. Adeodato// Diabetes care volume – 2005. – №11 – P. 2633-2636.
7. Rochester M. Diagnostic Classification Steering Committee: International Classification of Sleep Disorders: / M.Rochester// Diagnostic and Coding American Sleep Disorders Association – 1990.
8. Satija P. Restless legs syndrome: pathophysiology, diagnosis and treatment. //P.Satija, W.Ondo// CNS Drugs. – 2008. – №22(6) – P. 497-518.
9. Symvoulakis E. Restless legs syndrome: literature review /E. Symvoulakis, D.Anyfantakis, C. Lionis// Sao Paulo Med. J. – 2010. – №128
10. Zucconi M. Epidemiology and clinical findings of restless legs syndrome. /M. Zucconi, L. Ferini-Strambi // Sleep Med. – 2004. – №5(3) – P. 293-299.

Ткачук Н.П., Гриб В.А.

Распространенность синдрома беспокойных ног в популяции больных сахарным диабетом 2 типа, осложненным полиневропатией

Резюме. Целью исследования было изучить распространенность синдрома беспокойных ног (СНН) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, проанализировать основные клинические проявления данного синдрома на фоне диабетической полиневропатии (ДПН). На базе эндокринологического отделения Ивано-Франковской областной клинической больницы было обследовано 94 больных СД 2 типа. У всех больных была диагностирована ДПН с помощью жалоб и определения неврологического статуса. Все больные были разделены на 2 группы: в I вошли 69 пациентов с ДПН без СНН, II группу составили 25 больных с СНН на фоне ДПН. Контролем служили 15 практически здоровых лиц (ПЗЛ). В 25 (27,5%) больных был обнаружен СНН с помощью основных диагностических критериев IRLSG (2003). По результатам исследований выявлено разнообразие клинической картины данной патологии, в частности некоторые жалобы, такие как затрудненное засыпание, сонливость днем, судороги икроножных

мышц, парестезии и боли нижних конечностей сочетали СНН и ДПН. Однако, такие симптомы как, движения конечностями во сне, необходимость в ходьбе ночью, появление жалоб при длительном сидении, встречались с большей частотой у больных с СНН ($p < 0,05$), что позволило четко дифференцировать эти патологии. Кроме того, больные II группы были опрошены по международной шкале СНН, которая определила степень тяжести данной патологии у них и показала, что у 11 пациентов обнаружен легкий (6-9 баллов), у 10 - умеренный (12-17 баллов), в 4 - тяжелый (22-25 баллов) степень СНН. У больных с умеренной и тяжелой степенью СНН встречались все возможные жалобы, присущие СНН и их можно было четко отдифференцировать от ДПН, так как у пациентов с легкой степенью тяжести преобладали жалобы на ухудшение сна, парестезии и боли в нижних конечностях, что было общим с больными с ДПН без СНН. Данное исследование позволяет сделать вывод о значимой связи между СНН и ДПН. У больных диабетом, полиневропатия представляет собой основной фактор риска для развития СНН. Тем не менее, полиневропатия частично объясняет высокую распространенность СНН в структуре диабета, так как клинические характеристики данного синдрома у больных СД пожалуй является отдельной нозологией.

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, сахарный диабет, диабетическая полиневропатия, движения конечностями во сне.

N.P. Tkachuk, V.A. Hryb

Prevalence of Restless Legs Syndrome in a Population of Patients with Type 2 Diabetes Complicated by Polyneuropathy

Summary. The aim of the study was to examine the prevalence of restless legs syndrome (RLS) in patients with diabetes mellitus (DM), to analyze the main clinical manifestations of the syndrome on the background of diabetic polyneuropathy (DPN). On the basis of endocrine department of Ivano-Frankivsk Regional Hospital 94 patients with type 2 diabetes were examined. All patients were diagnosed with DPN by complaints and determine neurological status. All patients were divided into 2 groups, I - 69 patients with DPN without RLS, II - 25 patients with RLS and DPN. Control served 15 healthy persons. In 25 (27.5%) patients were found RLS using major diagnostic criteria IRLSG (2003). The research revealed a variety of clinical symptoms, including some complaints, such as difficulty falling asleep, daytime sleepiness, leg cramps, paresthesias and pain of the lower extremities combined CNS and DPN. However, symptoms such as limb movements in sleep, the need for walking at night and complaints during prolonged sitting, occurred with greater frequency in patients with RLS, which made it possible to clearly differentiate these diseases. In addition, patients in Group II were interviewed on the international scale RLS, which defined the severity of this disease and they showed that 11 patients had mild (6-9 points), 10 - moderate (12-17 points), in 4 - severe (22-25 points) the degree of RLS. In patients with moderate and severe RLS met all the possible complaints specific to RLS and can be clearly distinguished from DPN, as well as in patients with mild severity prevailed complaints of worsening of sleep, pain and paresthesia in the lower extremities, making them similar to DPN patients without RLS. This study suggests a significant association between RLS and DPN. In patients with diabetes 2 type, polyneuropathy is a major risk factor for developing RLS. However, polyneuropathy only partially explains the high prevalence of RLS in the structure of diabetes, as well as clinical characteristics of this syndrome in diabetic patients is probably secondary form.

Keywords: restless legs syndrome, diabetes, diabetic polyneuropathy, limb movements in sleep.

Надійшла 24.06.2013 року.