

Аналіз коморбідності та чинників стилю життя у хворих із розсіяним склерозом

Н.К. Мурашко, Г.М. Чуприна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведено дані аналізу коморбідності та чинників стилю життя у 138 хворих із розсіяним склерозом. Досліджено питання впливу коморбідності при розсіяному склерозі на клінічні характеристики захворювання та її зв'язок із чинниками стилю життя у преморбідний період.

Ключові слова: розсіяний склероз, коморбідність, чинники стилю життя.

В останні десятиліття спостерігається стабільна тенденція до зростання поширеності розсіяного склерозу (РС) в Україні і світі, яка привертає підвищену увагу неврологів до більш детального вивчення цієї патології [1, 3, 4]. При цьому велике значення в сучасних дослідженнях РС приділяється впливу супутніх захворювань, патологічних станів та чинників стилю життя на перебіг РС: саме вони можуть спровокувати зменшення ефективності терапії, наростання темпів прогресування, прискорення інвалідації та погіршення якості життя у пацієнтів з РС [2, 5].

За даними різних авторів, супутні захворювання діагностують у хворих з РС більше ніж у половині випадків: коморбідними до РС найчастіше бувають інші захворювання нервової системи, психічні розлади, кардіоваскулярні захворювання, артрити, захворювання травного тракту, респіраторної системи, ендокринні захворювання, а також інші аутоімунні захворювання [2, 5–7, 10]. При цьому характер і ступінь впливу супутньої патології на перебіг РС досліджені на сьогодні недостатньо і потребують більш детального вивчення [8, 9].

Мета дослідження: визначити вплив коморбідності при розсіяному склерозі на клінічні характеристики захворювання та її зв'язок з чинниками стилю життя у преморбідний період.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням знаходилися 138 хворих на РС з різними формами перебігу – з наявністю супутніх захворювань (61 хворий – 44,2%) та без жодного супутнього захворювання (77–55,8%), що мешкали у Київській області та в м. Києві, які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології та рефлексотерапії з 2007 до 2013 р. Діагноз РС було виставлено у відповідності до оновлених критеріїв МакДональда (2005 р.). У всіх хворих в клінічній картині домінували центральні парези (нижній парапарез, тетрапарез, з домінуванням слабкості в ногах, геміпарез) та церебростенічні прояви (синдром втоми). Час з моменту встановлення діагнозу РС до проведення обстеження не перевищував 3 роки. За допомогою анкетування хворих та аналізу історій хвороб й амбулаторних карт було отримано дані про тривалість захворювання, тип його перебігу, наявність супутніх захворювань, чинників стилю життя та інші (маса тіла, зріст,) що дали можливість розрахувати індекс маси тіла (по формулі Кеттеле). Під час неврологічного обстеження пацієнтів з РС було визначено рівень інвалідації (розширена шкала інвалідації: Expanded Disability Status Scale EDSS, за Джоном Куртцке, проведене нейропсихологічне обстеження за шкалою тяжкості втоми (FSS) та шкалою астеничних станів

(ШАС). За допомогою непараметричного критерію Крускала–Уолліса (H) було перевірено припущення про вплив супутньої патології на тип перебігу РС, ступінь інвалідації за шкалою EDSS, та прояви втоми за шкалами FSS та ШАС.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Із обстежених 61 (44,2%) пацієнта з РС із супутніми захворюваннями у 33 (54,1%) було одне супутнє захворювання, у 17 (27,9%) – два, а в 11 (18,0%) – три і більше супутніх захворювань.

У структурі супутньої патології були представлені інші захворювання нервової системи: мігрень – у 17 (27,9%), головний біль напруження – у 8 (13,1%), вертеброгенні больові синдроми – у 23 (37,7%), епілепсія – у 2 (3,3%), синдром «неспокійних ніг» – у 7 (11,5%) хворих; психічні розлади, серед яких: розлади сну – в 11 (18,0%), депресія – у 13 (21,3%), панічний розлад – у 3 (4,9%), посттравматичні стресові розлади – у 4 (6,6%) хворих; кардіоваскулярні захворювання: артеріальна гіпертензія – у 5 (8,2%), гіпертрофія лівого шлуночка – у 4 (6,6%), аритмії – у 2 (3,3%), стенокардія – у 3 (4,9%), варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 8 (13,1%), тромбози глибоких вен нижніх кінцівок – у 2 (3,3%), облітерувальний ендартерит та атеросклероз нижніх кінцівок – у 2 (3,3%) хворих; артрити – у 11 (18,0%) хворих; захворювання травного тракту: гастроєзофагальний або дуоденальний рефлюкс – у 7 (11,5%), хронічний холецистит – у 17 (27,9%), хронічний гепатит – у 5 (8,2%), синдром подразненої кишки – у 5 (8,2%), хронічний закрп – у 15 (24,6%) хворих; захворювання респіраторної системи: хронічний бронхіт – у 7 (11,5%), синусит – у 5 (8,2%), вазомоторний риніт – у 8 (13,1%), поліноз – у 7 (11,5%), бронхіальна астма – у 2 (3,3%) хворих; ендокринні захворювання: гіпотиреоз – у 3 (4,9%), цукровий діабет – у 3 (4,9%), ожиріння – у 7 (11,5%) хворих; інша аутоімунна патологія: аутоімунний тиреоїдит – у 3 (4,9%), синдром Шегрена – у 2 (3,3%), дерматоміозит – в 1 (1,7%), ревматоїдний артрит – у 2 (3,3%) хворих.

За віком пацієнти групи II (із наявністю супутньої патології) були дещо старшими за пацієнтів групи I (без жодного супутнього захворювання) (табл. 1), але ця різниця не була статистично достовірною ($p > 0,05$). За тривалістю захворювання пацієнти II групи також несуттєво переважали пацієнтів з I групи ($p > 0,05$). Щодо гендерного співвідношення, то в обох групах значно переважували жінки, причому більш суттєво – у I групі. Рівень інвалідації за шкалою EDSS у групі II був достовірною вище, ніж у групі I ($p < 0,001$), також у групі II достовірною глибше були виражені церебростенічні прояви згідно зі шкалами FSS ($p < 0,05$) і ШАС ($p < 0,05$). Щодо типу перебігу РС, то у пацієнтів II групи достовірною частіше спостерігали первинно-прогресивний перебіг захворювання.

Ми припустили, що серед чинників стилю життя у преморбідний період щодо РС, які можуть зумовлювати наявність або відсутність коморбідності у хворих з діагнозом РС, слід виділити паління, вживання алкоголю, рівень рухової активності (нормальний, гіподинамія, фізичне перенавантаження), індекс маси тіла (нормальна, знижена,

Клініко-демографічні характеристики хворих з РС у зв'язку з коморбідністю

Показник	Групи обстежених хворих з РС у аспекті коморбідності	
	I група, n=77	II група, n=61
Середній вік, років	35,5±6,7	39,7±7,2 *
Тривалість захворювання, років	5,3 (від 1,3 до 8,9)	6,9 (від 1,8 до 9,7) *
Гендерне співвідношення (жінки/чоловіки, абс. число, %)	57/20 (74,0/26,0)	40/21 (65,8/34,2) *
Оцінка за шкалою EDSS, бали	3,3±0,19	4,0±0,17***
Оцінка за шкалою FSS, бали	3,2±0,22	4,3±0,21**
Оцінка за шкалою ШАС, бали	55,7± 3,9	64,1±4,3**
Тип перебігу РС (абс. число, %):		
ремісивний	29 (37,7)	21 (34,4) *
ремісивно-прогресивний	33 (42,8)	25 (40,1) *
первинно-прогресивний	15 (19,5)	15 (24,6) **

Примітка: * – p<0,01; ** – p<0,05; *** – p<0,001.

Таблица 2

Зв'язок чинників стилю життя хворих з РС у преморбідний період із коморбідністю

Групи хворих з РС	Чинники стилю життя хворих з РС у преморбідний період								
	Сон, %		Паління, %	Вживання алкоголю, %	Рівень фізичної активності, %		Маса тіла, %		
	Повноцінний нічний сон	Короткий денний сон			норм./гіподинамія	перенавантаження	норм.	знижена	надмірна, у тому числі ожиріння
I група	58,4	24,7	35,1	61,0	54,5/31,2	14,3	49,4	3,9	46,7
II група	41,0**	8,2**	34,4	63,9	49,2/26,3	24,5**	45,9	11,5**	42,6

Примітка: ** – p<0,05.

надмірна, у тому числі ожиріння), і повноцінний сон (тривалий нічний сон – більше 7 год і короткотривалий денний сон – не більше 1 год), і перевірили своє припущення за допомогою непараметричного критерію Крускала-Уолліса (H) (табл. 2).

Згідно з нашими даними, є достовірний зв'язок (p<0,05) між наявністю супутньої патології у хворих з РС і зменшенням тривалості нічного сну (менше 7 год), а також з відсутністю короткотривалого денного сну у преморбідний період. Крім того, відзначається достовірний зв'язок (p<0,05) між наявністю супутньої патології у хворих з РС і зниженою масою тіла, а також з фізичними перенавантаженнями у преморбідний період. Інші дані щодо впливу коморбідної патології залежно від її структури і чинників стилю життя на перебіг захворювання при РС і ступінь його курабельності потребують подальшого доопрацювання й аналізу.

ВИСНОВКИ

1. Коморбідність розсіяного склерозу з іншими захворюваннями може модифікувати інвалідизацію хворих і прояви втому в бік зростання їх тяжкості.

2. Окремі чинники стилю життя хворих (відсутність повноцінного нічного сну, відсутність денного відпочинку, фізичні перенавантаження і знижена маса тіла) прямо пов'язані з розвитком коморбідності при розсіяному склерозі.

3. Інші дані щодо впливу коморбідної патології залежно від її структури і чинників стилю життя на перебіг захворювання при розсіяному склерозі і ступінь його курабельності потребують подальшого доопрацювання й аналізу.

Анализ коморбидности и факторов образа жизни у больных с рассеянным склерозом Н.К. Мурашко, Г.Н. Чуприна

В статье приведены данные анализа коморбидности и факторов образа жизни у 138 больных с рассеянным склерозом. Исследованы вопросы влияния коморбидности при рассеянном склерозе на клинические характеристики заболевания и ее связь с факторами образа жизни в преморбидный период.

Ключевые слова: рассеянный склероз, коморбидность, факторы образа жизни.

Analysis of comorbidity and lifestyle factors in patients with multiple sclerosis raseyanym N.K. Murashko, G.N. Chuprina

The paper presents data analysis of comorbidity and lifestyle factors in 138 patients with multiple sclerosis. The question of the impact of comorbidity in multiple sclerosis on clinical characteristics of the disease and its relation to lifestyle factors in the premorbid period.

Key words: multiple sclerosis, comorbidity, lifestyle factors.

Сведения об авторах

Мурашко Наталия Константиновна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Чуприна Геннадий Николаевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: reflex@3g.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волошин П.В., Волошина Н.П., Тайцлін В.Й. та ін. Розсіяний склероз в Україні: розповсюдженість, перебіг, прогноз, лікування, фармакоеконіміка // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, Вип. 1 (50). – С. 6–21.
2. Костюченко А.В. Коморбідність і якість життя при множинному склерозі // Укр. науково-медичний молодіжний журнал. – 2011. – № 1. – С. 303.
3. Чуприна Г.М. Розсіяний склероз: діагностика і лікування // Лікарська справа (Врачебное дело). – 2012. – № 6. – С. 48–59.
4. Чуприна Г.М. Розсіяний склероз: етіологія, епідеміологія, окремі питання патогенезу // Лікарська справа (Врачебное дело). – 2012. – № 6. – С. 129–135.
5. Чуприна Г.М., Мурашко Н.К. Розсіяний склероз: сучасні підходи до комплексного лікування та реабілітації з використанням методів рефлексотерапії. – № 7. – 2012. – С. 198–204.
6. Burns M.N., Siddique J., Fokuo J.K., et al. Comorbid anxiety disorders and treatment of depression in people with multiple sclerosis // Rehabil. Psychol. – 2010. – 55 (3): 255–262.
7. Gelfand J.M., Nolan R., Schwartz D.M. et al. Microcystic macular oedema in multiple sclerosis is associated with disease severity // Brain. – 2012: 135; 1786–1793.
8. Marrie R.A., Horwitz R.I., Cutter G. et al. Smokers with multiple sclerosis are more likely to report comorbid autoimmune diseases // Neuroepidemiology 2011;36:85–90.
9. Marrie R.A., Rudick R., Horwitz R. et al. Vascular comorbidity is associated with more rapid disability progression in multiple sclerosis // Neurology. – 2010. – № 74. – P. 1042–1047.
10. Motl R.W., Fernhall B., Mc Auley E. et al. Physical activity and self-reported cardiovascular comorbidities in persons with multiple sclerosis: evidence from a cross-sectional analysis // Neuroepidemiology, 2011; 36:183–191.

Статья поступила в редакцию 09.09.2013

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

СБИТЫЙ СУТОЧНЫЙ РИТМ ВРЕДИТ ИММУНИТЕТУ

Смещение суточного ритма ведёт к гипертормозимости иммунной системы: увеличивается число клеток, стимулирующих иммунный ответ, и в результате повышается риск развития беспричинного вялотекущего воспаления.

Постоянные перелёты, работа в ночную смену и, чего уж там, долгие вечера наедине с планшетом плохо сказываются на здоровье. Причиной тому, как считается, сбой в суточном ритме биологических часов, настроенных на регулярную смену дня и ночи. Но как именно нарушенный циркадный ритм вредит здоровью? Через иммунитет, отвечают исследователи из Юго-Западного медицинского центра Техасского университета (США).

Лора Хупер (Lora Hooper) и её коллеги изучали белок NFIL3 (nuclear factor, interleukin 3 regulated – ядерный (транскрипционный) фактор под управлением интерлейкина-3), который необходим для развития одних иммунных клеток и одновременно управляет активностью других. Мутации в гене этого белка сопровождают воспалительную болезнь кишечника, которая возникает при нарушениях иммунитета; известно также, что при выключенном NFIL3 в кишечнике увеличивается уровень хелперных Т-клеток особого класса, называемых TH17.

Эти клетки синтезируют сигнальный белок интерлейкин-17 и усиливают иммунный ответ на возможную кишечную инфекцию. И если этих клеток станет слишком много или же они будут излишне активны, то они сами могут стать проблемой, так как вызовут иммунную реакцию даже по вполне безобидным поводам. Держать TH17 под контролем помогает как раз белок NFIL3: если его уровень в предшественниках TH17 возрастает, клетки не слишком бодро превращаются в усилители иммунной реакции.

В какой-то момент исследователи заметили, что геном NFIL3 связываются некоторые белки, которые имеют отношение к биологическим часам. Может быть, синтез NFIL3 и появление стимулирующих Т-клеток зависит от времени суток? Действительно, оказалось, что у обычных мышей уровень NFIL3 днём был низок, а количество TH17, как и следовало ожидать, возросло.

Оставалось только проверить, как иммунитет мышей отреагирует на смещение суточного цикла. Животным устроили джет-лаг: в течение четырёх суток ночь и день у них были смещены на 6 часов. И, как пишут исследователи в Science, у таких животных в селезёнке и кишечнике было вдвое

больше хелперных стимулирующих TH17-клеток. При этом мыши острее реагировали на специальные раздражители, с помощью которых оценивают гиперактивность иммунитета.

Повышенная готовность к воспалению может ударить не только по кишечнику, но и по другим органам – ведь не зря же считается, что многие хронические заболевания, вплоть до проблем с сердцем, диабета и рака, возникают из-за вялотекущего постоянного воспаления. И вполне возможно, что сбитый суточный ритм вызывает эти недуги как раз посредством иммунитета, который становится уж слишком возбудимым.

Но прежде чем делать какие-то клинические выводы, исследователям надо будет убедиться, что сбой в суточном ритме, которые устраивает себе человек, ведут к таким же молекулярно-клеточным событиям, что и у мышей, и что это действительно может стать достаточной причиной, чтобы заболеть чем-нибудь серьёзным.

Подготовлено по материалам Юго-Западного медицинского центра Техасского университета.

Кирилл Стасевич

Источник:

<http://compulenta.computerra.ru>