

Клінічні особливості неврологічних порушень у хворих на розсіяний склероз та гострий розсіяний енцефаломієліт в аспекті коморбідності

Г.М. Чуприна¹, Н.К. Свиридова¹, А.І. Галуша²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²КЗ КОП «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ

Розсіяний склероз (РС) – дегенеративне захворювання нервової системи (НС), в основі патологічних механізмів якого лежить процес прогресуючого демієлінізуючого ураження, насамперед центральної нервової системи. Симптоми РС можуть бути вкрай різноманітними.

Мета дослідження: визначення характеру неврологічних симптомів у хворих на РС та гострий розсіяний енцефаломієліт (ГРЕМ), аналіз їхніх особливостей в аспекті коморбідності.

Матеріали та методи. Під час неврологічного обстеження 216 хворих на РС з різними формами перебігу було проведено бальну оцінку ступеня порушених функціональних систем FS1–FS7 (шкала FS – Functional System за J. Kurtzke, 1983), визначено рівень інвалідизації (EDSS).

Результати. Найбільш частими симптомами в обстежених хворих на РС були симптоми, пов'язані з розладами пірамідних, мозочкових функцій, чутливості, церебральних функцій, тоді як найбільш частими симптомами в обстежених хворих з наслідками перенесеного ГРЕМ були симптоми, пов'язані з розладами стовбура мозку та черепних нервів, пірамідних, мозочкових, церебральних функцій.

Заключення. У групі пацієнтів з наявністю супутніх захворювань частіше зустрічаються відносно недоброякісні форми перебігу розсіяного склерозу (РС), рідше – відносно доброякісні, більше виражена інвалідизація. Частота коморбідної патології (КМП) у групі хворих на РС достовірно перевищувала всі інші групи (49,5%, 31,3%, 26,5%, 23,5% відповідно; $p < 0,05$). Це свідчить, по-перше, про те, що у хворих на гострий розсіяний енцефаломієліт за умов монофазного перебігу захворювання КМП не так виражена, як при РС, особливо з тривалим перебігом. По-друге, у хворих на РС слід застосовувати цілеспрямований пошук КМП з оглядом відповідних спеціалістів, що сприятиме своєчасному виявленню і лікуванню КМП, пом'якшенню перебігу РС.

Ключові слова: розсіяний склероз, гострий розсіяний енцефаломієліт, коморбідність.

Розсіяний склероз (РС) – дегенеративне захворювання нервової системи (НС), в основі механізмів якого лежить процес прогресуючого демієлінізуючого ураження, насамперед центральної нервової системи (ЦНС). Симптоми РС через особливості, притаманні саме для цього захворювання («розсіяність у просторі»), можуть бути вкрай різноманітними, спостерігаються одночасно, або мати місце в різні періоди захворювання («розсіяність у часі»). Ще в 50-х роках ХХ століття J.F. Kurtzke (1983) встановив, що при РС може спостерігатися 685 симптомів [1], і для зручності їхнього аналізу запропонував використовувати шкалу uszkodження функціональних систем – FS, в якій в окремі субшкали (FS1–FS7) згруповані найбільш притаманні для РС ознаки ураження структури НС

і проводиться оцінювання їхнього впливу на різні види життєдіяльності [2]. Частково ґрунтуючись на даних FS, за допомогою розширеної шкали інвалідизації J.F. Kurtzke (EDSS), проводиться оцінка тяжкості стану хворих при РС [2].

Супутні захворювання (СЗ) зустрічаються у хворих на РС приблизно у половині випадків [3]. Зв'язок РС з широким колом коморбідних захворювань і станів, які супроводжують людину протягом певного періоду найчастіше проявляється негативним впливом на якість життя хворого на РС і на перебіг основного патологічного процесу [4]. Ми вирішили проаналізувати характер зв'язку між гострим розсіяним енцефаломієлітом (ГРЕМ) – захворюванням дуже близьким за своїми механізмами та проявам до РС, але однофазним, і коморбідною патологією (КМП).

Мета дослідження: визначення особливостей неврологічних симптомів у хворих на РС та ГРЕМ, аналіз їхніх особливостей в аспекті коморбідності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під час неврологічного обстеження 216 хворих на РС з різними формами перебігу було проведено бальну оцінку ступеня порушених функціональних систем FS1–FS7 (шкала FS – Functional System за J. Kurtzke, 1983), визначено рівень інвалідизації (EDSS).

Усі хворі на РС були проаналізовані в аспекті коморбідності залежно від наявності або відсутності КМП. Хворі на РС були розподілені на дві групи:

- I група – 109 (50,5%) хворих без супутніх захворювань (БСЗ).
- II група – 107 (49,5%) хворих з наявністю супутніх захворювань (НСЗ).

У II групу увійшли 107 хворих на РС, які мали на момент огляду клінічно значущу КМП, дані про яку були виявлені шляхом детального опитування щодо СЗ, при об'єктивному обстеженні та аналізі медичної документації. При цьому у II групі 40 (18,5%) хворих на РС мали одне СЗ, 27 (12,5%) хворих – два СЗ, 21 (9,7%) хворий – три СЗ, 19 (8,8%) хворих – чотири і більше СЗ.

До групи контролю увійшли 157 осіб (70 чоловіків та 87 жінок), серед яких було 34 пацієнти з наслідками перенесеного ГРЕМ, що виник на тлі інфекцій і мав гострий початок та монофазний перебіг, а також 123 практично здорові особи, середній вік яких становив $38,5 \pm 6,2$ року і $35,3 \pm 10,1$ року відповідно.

Також було проведено ретроспективний аналіз 115 історій хвороб хворих на РС та 115 історій хвороб пацієнтів з наслідками перенесеного ГРЕМ, які проходили стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології і рефлексотерапії з 2001 до 2007 р., для визначення найбільш характерних симптомів ураження НС при обох захворюваннях, виявлення характерних чинників ризику РС, спектра КМП.

Клінічний стан пацієнтів описували відповідно до шкали FS, а ступінь вираженості неврологічного дефіциту – на під-

Загальні клінічні характеристики тяжкості та форм перебігу РС в обстежених хворих загальної вибірки

Показник	Обстежені хворі на РС, n=216
Ступінь інвалідизації за шкалою EDSS, бали (m±CB):	
легкий	46,8%
середній	53,2%
тяжкий	–
Середній показник по групі	3,8±1,3
<i>Тип перебігу РС, %</i>	
Ремітуючий	64,4%
РРРС	42,6%
РПРС	21,8%
Прогресуючий	33,6%
ППРС	20,8%
ВПРС	14,8%

Таблиця 2

Аналіз клінічних характеристик тяжкості та форм перебігу РС в аспекті коморбідності

Показник	Група БСЗ, n=109	Група НСЗ, n=107
Ступінь тяжкості РС: EDSS, бали, (m±CB)	Легкий	42,1%**
	Середній	57,9%*
	Середній показник по групі	4,3 ± 1,4*
Тип перебігу РС, n (%)	Ремітуючий:	65 (60,8%)*
	РРРС	39 (36,5%)**
	РПРС	26 (24,3%)*
	Прогресуючий:	42 (39,3%)*
	ППРС	27 (25,2%)*
	ВПРС	15 (14,0%)

Примітка: – рівень значущості відмінностей показників під час порівняння між групами БСЗ і НСЗ; * – p<0,05; ** – p<0,01.

ставі даних дослідження за шкалою EDSS. Згідно з оцінкою за шкалою EDSS виділяли дві групи хворих: з легким і помірним ступенем тяжкості РС.

До групи з легким ступенем тяжкості РС увійшли пацієнти з незначно вираженими симптомами ураження ЦНС, що зберігали працездатність і мали оцінку за шкалою EDSS 0–2,5 бала. У групу хворих з помірним ступенем тяжкості РС увійшли особи з легкою або помірно вираженою інвалідизацією, що зберігали здатність до самообслуговування і самостійного пересування, з оцінкою за шкалою EDSS 3,0–5,5 бала.

До важкого РС зазвичай належать особи з грубим неврологічним дефіцитом у вигляді виражених рухових, координаційних, зорових, тазових порушень, у яких здатність до самостійного пересування і самообслуговування різко обмежена, які вимагають стороннього догляду, з оцінкою за шкалою EDSS 6,0 і вище балів. Таких хворих (згідно з критеріями виключення) до групи дослідження не включали.

Виявляли наявність та частоту клінічно зафіксованих загострень РС за рік у разі ремітуючого перебігу за попередній період і за період дослідження, розраховуючи середню кількість загострень (СКЗ) РС. Була розрахована середня швидкість прогресування (СШП) РС: наростання ступеня тяжкості обстежених пацієнтів за даними EDSS у балах протягом року (б/р) [5]: за попередній період і за період дослідження. До повільного прогресування відносили показники СШП РС менше 0,25 б/р, до помірного прогресування – показники більше 0,25 і менше 0,75 б/р, до швидкого прогресування – показники більше 0,75 б/р [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з оцінкою даних дослідження за шкалою EDSS, легкий ступінь тяжкості (0–2,5 бала) спостерігали у 101 (46,8%) обстежених хворих на РС, середній ступінь (3,0–5,5 бала) – у 115 (53,2%) хворих на РС. Хворих з тяжким ступенем РС згідно з критеріями виключення до групи дослідження не включали. Середній бал згідно з оцінкою EDSS становив у хворих на РС 3,8±1,3 (табл. 1).

За даними табл. 1, із загального числа хворих на РС були виділені такі клінічні варіанти перебігу захворювання:

- Ремітуючий – 139 (64,4%) хворих:
 - РРРС – 92 (42,6%) хворих;
 - РПРС – 47 (21,8%) хворих.
- Прогресуючий – 77 (33,6%) хворих:
 - ППРС – 45 (20,8%) хворих;
 - ВПРС – 32 (14,8%) хворих.

У 96 (44,4%) хворих з ремітуючим перебігом РС була зареєстрована стадія загострення захворювання різного ступеня тяжкості, у 43 (19,9%) пацієнтів – стадія ремісії. Серед хворих з прогресуючим варіантом перебігу РС у 54 (25,0%) виявляли поступове наростання симптомів неврологічного дефіциту з повільною динамікою, у 23 (10,7%) – симптоми неврологічного дефіциту наростали постійно, більш швидкими темпами.

Згідно з оцінкою даних дослідження за шкалою EDSS, легкий ступінь вираженості стійкого неврологічного дефіциту (0–2,5 бала) спостерігався у 56 (51,4%) хворих на РС групи БСЗ та у 45 (42,1%) пацієнтів групи НСЗ; середній

Аналіз частоти найбільш поширених симптомів РС та ГРЕМ у групі дослідження та групах контролю

Симптоми порушення функцій	Група хворих на РС, n=216 (абс. число, %)	Ретроспективний аналіз історій хвороб хворих на РС, n=115 (абс. число, %)	Група обстежених хворих на ГРЕМ, n=34 (абс. число, %)	Ретроспективний аналіз історій хвороб хворих на ГРЕМ, n=115 (абс. число, %)
Пірамідні	192 (88,9%)	98 (85,2%)	27 (79,4%)	85 (73,9%)
Мозочкові	178 (82,4%)	91 (79,1%)	23 (67,7%)	80 (69,6%)
Стовбура мозку	172 (79,6%)	75 (65,2%)	19 (55,9%) #	58 (50,4%)
Чутливості	143 (66,2%)	78 (67,8%)	6 (17,7%)#	24 (20,9%)
Тазові	158 (73,1%)*	63 (54,8%)	8 (23,5%)#	25 (21,7%)
Зорові	116 (53,7%)	56 (48,7%)	7 (20,6%)#	26 (22,7%)
Церебральні	184 (85,2%)	83 (72,2%)	18 (52,9%) **#	42 (36,5%)
Наявність КМП	107 (49,5%)* # **	36 (31,3%)	9 (26,5%)	27 (23,5%)

Примітки: * – рівень значущості відмінностей даних при порівнянні між хворими на РС і при ретроспективному аналізі історій хвороб хворих на РС, $p < 0,05$;
 ** – рівень значущості відмінностей даних при порівнянні між хворими з ГРЕМ і при ретроспективному аналізі історій хвороб хворих на ГРЕМ, $p < 0,05$;
 # – рівень значущості відмінностей даних при порівнянні між хворими на РС і ГРЕМ, $p < 0,05$.

ступінь стійкого неврологічного дефіциту (3,0–5,5 бала) – у 53 (48,6%) хворих на РС групи БСЗ та у 62 (57,9%) пацієнтів групи НСЗ. Середній бал згідно з оцінкою EDSS становив у хворих на РС групи БСЗ $3,4 \pm 1,2$, у хворих на РС групи НСЗ – $4,3 \pm 1,4$ бала (табл. 2).

Порівняльний аналіз груп БСЗ і НСЗ щодо частоти типу перебігу РС проводили непараметричним методом якісного аналізу з використанням χ^2 -критерію з поправкою Йейтса. Серед пацієнтів групи НСЗ достовірно частіше, ніж в групі БСЗ відзначали прогресуючий РС ($p < 0,05$) та ППРС ($p < 0,05$), а також РППС ($p < 0,05$), а серед пацієнтів групи БСЗ достовірно частіше спостерігали РППС ($p < 0,01$).

Отже, у групі НСЗ частіше зустрічаються відносно недоброякісні форми перебігу РС, і рідше – відносно доброякісні, більше виражена інвалідизація.

Під час обстеження хворих на РС загальної вибірки (табл. 3) виявлено:

- у 191 (88,4%) пацієнтів – симптоми, пов'язані з порушенням пірамідних функцій;
- у 178 (82,4%) – симптоми, зумовлені порушенням мозочкових функцій;
- у 161 (74,5%) – симптоми, викликані порушенням функцій стовбура мозку і черепних нервів (ЧН);
- у 169 (78,2%) – симптоми, пов'язані з порушенням функцій чутливості;
- у 174 (80,6%) – симптоми, зумовлені тазовими розладами;
- у 116 (53,7%) – симптоми, викликані порушенням зорових функцій;
- у 184 (85,2%) – симптоми, пов'язані з порушенням церебральних функцій.

Під час проведення ретроспективного аналізу історій хвороб 115 хворих на РС було з'ясовано, що:

- симптоми, пов'язані з порушенням пірамідних функцій виявляли у 98 (85,2%) випадках;
- симптоми, зумовлені порушенням мозочкових функцій – у 91 (79,1%);
- симптоми, викликані порушенням функцій стовбура мозку і ЧН – у 73 (63,5%);
- симптоми, пов'язані з порушенням функцій чутливості – у 78 (67,8%);
- симптоми, зумовлені тазовими розладами – у 43 (37,4%);
- симптоми, викликані порушенням зорових функцій – у 56 (48,7%);

– симптоми, пов'язані з порушенням церебральних функцій – у 83 (72,2%) пацієнтів (табл. 3).

Під час обстеження хворих з наслідками перенесеного ГРЕМ (див. табл. 3) виявлено:

- симптоми, пов'язані з порушенням пірамідних функцій відзначали у 27 (79,4%) пацієнтів;
- симптоми, зумовлені порушенням мозочкових функцій – у 23 (67,7%);
- симптоми, викликані порушенням функцій стовбура мозку і ЧН – у 19 (55,9%);
- симптоми, пов'язані з порушенням функцій чутливості – у 6 (17,7%);
- симптоми, зумовлені тазовими розладами – у 8 (23,5%);
- симптоми, викликані порушенням зорових функцій – у 7 (20,6%);
- симптоми, пов'язані з порушенням церебральних функцій – у 18 (52,9%).

Під час проведення ретроспективного аналізу історій хвороб 115 хворих з наслідками перенесеного ГРЕМ було з'ясовано, що:

- симптоми, пов'язані з порушенням пірамідних функцій спостерігалися у 85 (73,9%) випадках;
- симптоми, зумовлені порушенням мозочкових функцій – у 80 (69,6%);
- симптоми, викликані порушенням функцій стовбура мозку і ЧН – у 58 (50,4%);
- симптоми, пов'язані з порушенням функцій чутливості – у 24 (20,9%);
- симптоми, зумовлені тазовими розладами – у 25 (21,7%);
- симптоми, викликані порушенням зорових функцій – у 26 (22,7%);
- симптоми, пов'язані з порушенням церебральних функцій – у 42 (36,5%).

Порівняльний аналіз між виявленими симптомами і симптомами, дослідженими на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб, проводили непараметричним методом якісного аналізу з використанням χ^2 -критерію з поправкою Йейтса.

Дані табл. 3 свідчать, що достовірна різниця стосувалася симптомів РС, пов'язаних з тазовими розладами (73,1% і 54,8% відповідно; $p < 0,05$) і порушенням церебральних (психічних) функцій (85,2% і 72,2% відповідно; $p < 0,05$). Це пояснюється тим, що в першому випадку хворі схильні до аногнозії (свідомого зменшення симптомів), а в другому – що

Аналіз частоти найбільш поширених симптомів РС у групі дослідження в аспекті коморбідності

Групи симптомів, зв'язані з порушенням функцій	Кількість хворих (n, %)		
	I група, n=109	II група, n=107	Усього, n=216
Пірамідні	97 (89,0%)	95 (88,8%)	192 (88,9%)
Мозочкові	95 (87,2%) *	83 (77,6%)	178 (82,4%)
Стовбура мозку	79 (72,5%)	93 (86,9%)*	172 (79,6%)
Чутливості	67 (61,5%)	76 (71,0%)*	143 (66,2%)
Кишечнику і сечового міхура	68 (62,4%)	90(84,1%) **	158 (73,1%)
Зорові	46 (42,2%)	70 (65,4%) **	116 (53,7%)
Церебральні	88 (80,7%)	96 (89,7%)*	184 (85,2%)

Примітка: – рівень значущості відмінностей показників порушення функцій НС під час порівняння між групами БСЗ і НСЗ; * – p<0,05; ** – p<0,01.

Таблиця 5

Аналіз вираженості порушень у хворих на РС в аспекті коморбідності

Вид порушення, m±CB	Кількість хворих (n, %)		
	I група (n = 109)	II група (n = 107)	Всього (n = 216)
Оцінка за шкалою EDSS, бали	3,42±1,13*	4,34±1,21	3,84±1,33
СБФС, бали	9,44±0,7	9,96±0,8	9,74±0,8
СКЗ РС за рік у попередній період	0,46±0,71*	0,54±0,75	0,50 ± 0,77
СШП РС, у попередній період, б/р	0,33±0,1 *	0,39 ±0,2	0,35±0,2
Пірамідні розлади, бали	2,6±0,5	2,7±0,4	2,7±0,7
Спастичність, бали	0,6±0,1	0,9±0,2*	0,7±0,2
Статокоординаторні порушення, бали	2,5±0,1*	1,8±0,2	2,1±0,3
Розлади функції ЧН, бали	1,5±0,2	1,9±0,3*	1,7±0,3
Розлади чутливості, бали	1,3±0,3	1,4±0,4	1,3±0,4
Статеві розлади, бали	0,5±0,1	0,7±0,1	0,6±0,1
Розлади кишечника і сечового міхура, бали	1,2 ± 0,19	1,4 ± 0,27	1,3 ± 0,24
Розлади зорових функцій, бали	0,8±0,2	1,4±0,3*	1,1±0,3
Нейропсихологічні порушення, бали	0,9±0,1	1,7±0,2*	1,2±0,2

Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників порушення функцій НС під час порівняння між групами БСЗ і НСЗ; p<0,05.

для об'єктивного дослідження психічних функцій слід застосувати детальне нейропсихологічне дослідження.

Під час порівняльного аналізу між виявленими симптомами і симптомами, отриманими на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб у пацієнтів з ГРЕМ, з'ясувалось, що достовірна різниця стосувалася церебральних симптомів (52,9% і 36,5% відповідно; p<0,05), що свідчить про гіподіагностику церебральних симптомів у хворих з перенесеним ГРЕМ без цілеспрямованого їхнього виявлення.

Під час порівняльного аналізу між симптомами, виявленими у хворих на РС і у хворих із наслідками перенесеного ГРЕМ, з'ясувалось, що достовірна різниця стосувалася симптомів стовбура мозку (79,6% і 55,9% відповідно; p<0,05), чутливості (66,2% і 17,7% відповідно; p<0,05), тазових (73,1% і 23,5% відповідно; p<0,05), зорових (53,7% і 20,6% відповідно; p<0,05), церебральних (85,2% і 52,9% відповідно; p<0,05). Це свідчить про більшу глибину ураження структур ЦНС у хворих на РС, де фіксують багатозначний процес демієлізації, порівняно з ГРЕМ.

Отже, найбільш частими симптомами у обстежених хворих на РС були симптоми, пов'язані з розладами пірамідних, мозочкових функцій, чутливості, церебральних функцій, тоді як найбільш частими симптомами в обстежених хворих з наслідками перенесеного ГРЕМ були симптоми, пов'язані з розладами стовбура мозку та черепних нервів, пірамідних, мозочкових, церебральних функцій.

Щодо наявності КМП, у групі дослідження хворих на РС її частота достовірно перевищувала всі інші групи (49,5%,

31,3%, 26,5%, 23,5% відповідно; p<0,05). Це свідчить, поперше, про те, що у хворих з ГРЕМ, за умов монофазного процесу захворювання, КМП не так виражена, як при РС, особливо з тривалим перебігом. По-друге, у хворих на РС слід застосовувати цілеспрямований пошук СЗ, з оглядом відповідних спеціалістів, що сприятиме своєчасному виявленню і лікуванню КМП, пом'якшенню РС.

Частота найбільш поширених симптомів неврологічного дефіциту у хворих на РС групи дослідження в аспекті різниці між групами БСЗ і НСЗ представлена в табл. 4. Розлади пірамідних функцій однаково часто зустрічались в обох групах, мозочкові порушення превалювали в групі БСЗ, тоді як функції стовбура мозку та ЧН, чутливості частіше порушувались у пацієнтів групи НСЗ, так само, як частіше фіксували у цієї групи розлади зорових та церебральних функцій, тазових розладів.

Середній бал за шкалою EDSS усіх обстежених хворих на РС (n=216) становив 3,9±1,4 бала з діапазоном значень: 1,0 бала (мінімум) – 5,5 бала (максимум). Також були визначені: СБФС і кожна функціональна система окремо, СКЗ РС за рік у попередній період, СШП РС у попередній період як у загальній групі хворих на РС, так і за групами БСЗ і НСЗ (табл. 5). Діапазон значень кількості загострень РС в обстежених пацієнтів був від 0 до 2, а швидкості прогресування РС – від 0,09 до 1,2 б/р. У групі БСЗ серед 74 хворих з ремітуючим перебігом РС екзацербції були задокументовані у 29 (39,2%) осіб, тоді як у групі НСЗ серед 65 хворих з ремітуючим перебігом РС – у 31 (47,7%). СКЗ РС за рік у попередній період у групі БСЗ становила 0,46±0,71,

тоді як у групі НСЗ – 0,54±0,75. СШП РС у попередній період у групі БСЗ становила 0,33±0,1, у групі НСЗ – 0,39±0,2; пацієнтів з повільною СШП РС у групі БСЗ було 34 (31,2%) особи, у групі НСЗ – 28 (26,2%); з помірною СШП РС у групі БСЗ – 62 (56,9%), у групі НСЗ – 63 (58,9%); зі швидкою СШП РС у групі БСЗ – 13 (11,9%), у групі НСЗ – 16 (15,0%) осіб.

Порівняння груп за балами шкали EDSS проводили методом непараметричного аналізу (суми рангів Манна–Уїні для незалежних груп). У групі БСЗ відзначають статистично достовірні менший ступінь інвалідизації ($p<0,05$), меншу СКЗ РС ($p<0,05$), меншу СШП РС ($p<0,05$) і більше виражені статокординаторні порушення порівняно з групою НСЗ. Тоді як у групі НСЗ спостерігають статистично достовірні більш суттєво виражені спастичність ($p<0,05$), розлади функції ЧН ($p<0,05$), зорові і нейропсихологічні порушення ($p<0,05$). За іншими параметрами, а саме за пірамідними, чутливими розладами, розладами кишечника і сечового міхура, статевими розладами, відмінності між групами не досягали рівня статистичної

значущості ($p>0,05$), незважаючи на те, що поширеність тазових розладів була вищою у пацієнтів групи НСЗ.

ВИСНОВКИ

1. У групі хворих з наявністю супутніх захворювань частіше зустрічаються відносно недоброякісні форми перебігу розсіяного склерозу (РС), рідше – відносно доброякісні, більше виражена інвалідизація

2. Частота коморбідної патології (КМП) у групі хворих на РС достовірно перевищувала всі інші групи (49,5%, 31,3%, 26,5%, 23,5% відповідно; $p<0,05$).

3. У пацієнтів з гострим розсіяним енцефаломієлітом за умов монофазного перебігу захворювання КМП не так виражена, як при РС, особливо з тривалим перебігом. У хворих на РС слід застосовувати цілеспрямований пошук КМП з оглядом відповідних спеціалістів, що сприятиме своєчасному виявленню і лікуванню КМП, пом'якшенню перебігу РС.

Clinical features of neurologic disturbances in patients with multiple sclerosis and acute disseminated encephalomyelitis in the aspect of comorbidity

H.M. Chupryna, N.K. Svyrydova, A.I. Galusha

Клинические особенности неврологических нарушений у больных рассеянным склерозом и острым рассеянным энцефаломиелиитом в аспекте коморбидности

Г.Н. Чупрына, Н.К. Свиридова, А.И. Галуша

Рассеянный склероз (РС) – дегенеративное заболевание нервной системы (НС), в основе патологических механизмов которого лежит процесс прогрессирующего демиелинизирующего поражения, прежде всего центральной нервной системы.

Цель исследования: определение характера неврологических симптомов у больных РС и острым рассеянным энцефаломиелиитом (ОРЭМ), анализ их особенностей в аспекте коморбидности.

Материал и методы. При неврологическом обследовании 216 больных РС с различными формами течения была проведена балльная оценка степени нарушенных функциональных систем FS1–FS7 (шкала FS – Functional System по J. Kurtzke, 1983), определен уровень инвалидизации (EDSS).

Результаты. Наиболее частыми симптомами у обследованных больных РС были симптомы, связанные с расстройствами пирамидных, мозжечковых функций, чувствительности, церебральных функций, тогда как наиболее частыми симптомами у обследованных больных с последствиями перенесенного ОРЭМ были симптомы, связанные с расстройствами ствола мозга и черепных нервов, пирамидных, мозжечковых, церебральных функций.

Заключение. В группе пациентов с наличием сопутствующих заболеваний чаще встречаются относительно недоброкачественные формы течения рассеянного склероза (РС), реже – относительно доброкачественные, более выражена инвалидизация. Частота коморбидной патологии (КМП) в группе исследования больных РС достоверно превышала все остальные группы (49,5%, 31,3%, 26,5%, 23,5% соответственно; $p<0,05$). Это свидетельствует, во-первых, о том, что у больных с ОРЭМ в условиях монофазного течения заболевания КМП не так выражена, как при РС, особенно с длительным течением. Во-вторых, у больных РС следует применять целенаправленный поиск КМП с осмотром соответствующих специалистов, что будет способствовать своевременному выявлению и лечению КМП, смягчению течения РС.

Ключевые слова: рассеянный склероз, острый рассеянный энцефаломиелит, коморбидность.

Multiple sclerosis (MS) is a degenerative disease of the nervous system, whose pathological mechanisms are based on the progressive demyelinating lesion, primarily the CNS.

The objective: to determine the nature of neurologic symptoms in MS patients and acute disseminated encephalomyelitis (ADEM), to clarify their characteristics in terms of comorbidity.

Materials and methods. In a neurological examination of 216 MS patients with different course forms, we scored a score of FS1–FS7 (FS – Functional System scale according to J. Kurtzke, 1983), the level of disability (EDSS) was determined.

Results. Symptoms associated with pyramidal, cerebellar function disorders, sensitivity, cerebral functions were the most frequent symptoms in the examined MS patients, whereas the most common symptoms in the examined patients with the consequences of the ADEM were those associated with disorders of the brainstem and cranial nerves, pyramidal, cerebellar, cerebral functions.

Conclusions. In patients with ADEM, under conditions of a monophasic course of the disease, the comorbidity is not as pronounced as in MS, especially with prolonged course.

Key words: multiple sclerosis, acute disseminated encephalomyelitis, comorbidity.

Сведения об авторах

Чупрына Геннадий Николаевич – Кафедра неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 405-78-25. E-mail: reflex@3g.ua

Свиридова Наталья Константиновна – Кафедра неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-17-56

Галуша Анатолий Иванович – Киевская областная клиническая больница, 03052, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (067) 404-06-94

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Murray T.J. Multiple sclerosis: the history of a disease/ Murray T.J. – New York: Demos, 2005. – 248 с.
2. Kurtzke J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) / Kurtzke J.F. // Neurology. – 1983. – Vol. 33, № 11. – P. 1444–1452.
3. Чупрына Г.М. Аналіз коморбідності та чинників стилю життя у хворих з розсіяним склерозом / Г.М. Чупрына, Н.К. Мурашко // Сімейна

медичина. – 2013. – № 5 (49). – С. 81–85.
4. A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: overview / R.A. Marrie, J. Cohen, O. Stuve [et al.] // Mult. scler. Journ. – 2015. – Vol. 21, № 3. – P. 263–281.
5. Малкова Н.А. Рассеянный склероз / Н.А. Малкова, А.П. Иерусалимский. – Новосибирск: Изд-во НГМУ, 2006. – 198 с.

Статья поступила в редакцию 07.03.2018