и затем становятся все более выраженными сопутствующие движения — синкинезии различного вида, чаще глобальные. Как правило, повышаются сухожильные рефлексы и возникают патологические рефлексы. Превалирующим типом повышения мышечного тонуса при гемипарезе является спастичность, хотя в отдельных мышцах могут отмечаться и признаки ригидности, и тогда речь идет о смешанном типе мышечной гипертонии.

В рамках церебральных двигательных расстройств выделяют корковые моно- и реже — гемипарезы, обусловленные повреждением двигательной коры (ранения, лакунарный инсульт). При этом, в случае повреждения 4 поля по Бродману, имеет место гемипарез с минимальными нарушениями мышечного тонуса или без таковых и симптом Бабинского; напротив, при локализации патологического процесса на уровне 6 поля, наблюдается негрубый гемипарез с выраженной спастичностью без разгибательных патологических рефлексов.

Клинические проявления спастического пареза зависят не только от уровня поражения нисходящих двигательных путей (спинального или церебрального), но и от характера патологии. При этом указанный симптомокомплекс может быть следствием как перерыва волокон моторных систем (черепно-мозговая травма, инсульт) или их сдавления (опухоли), так и результатом демиелинизирующего процесса (рецидивирующее-ремиттирующее течение рассеянного склероза), аксональной дегенерации (боковой амиотрофический склероз, нижняя спастическая параплегия Штрюмпеля) и сочетания последних двух процессов (прогродиентное течение рассеянного склероза).

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Куницына М.А., Кашкина Е.И.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского», Capamos, e-mail: kounitsyna@mail.ru

Цель. Изучить качество жизни у больных с различными этиологическими вариантами хронического панкреатита (ХП) при развитии панкреатогенного сахарного диабета (СД).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 183 больных с различными этиологическими формами ХП. Предварительный диагноз ХП устанавливался на основании клинических признаков заболевания. Верификация ХП осуществлялась в период обострения с помощью общепризнанного комплекса инструментальных методов диагностики: УЗИ, КТ ПЖ, ЭРХПГ. Все больные ХП, находившиеся под нашим наблюде-

нием в период ремиссии заболевания проходили обследование на наличие СД или нарушения толерантности к глюкозе (НТГ) согласно рекомендаций ВОЗ, 1999. Качество жизни больных оценивали с помощью опросника SF-36.

Результаты. Сочетание ХП с СД, независимо от этиологической формы заболевания, увеличивало количество рецидивов. При развитии СД на фоне билиарной формы количество рецидивов возрастало с 2,2 раз в год до 2,4 (p > 0,05). Наиболее неблагоприятным в течение ХП оказалось развитие СД на фоне алкогольной его формы. При алкогольной форме заболевания наличие СД увеличивало частоту его обострений с 3,6 раз в год до 4,4 (p < 0,05).

На фоне СД у больных ХП наблюдается снижение показателей качества жизни. При этом, сочетание ХП с СД в большей степени затрагивает показатели психического здоровья. При наличии СД у больных ХП показатель физического функционирования снижается с 48.6 ± 2.6 до 41.8 ± 1.9 , ролевого физического функционирования с 31.9 ± 3.1 до 27.6 ± 1.2 , болевые ощущения изменяются с 31,1 \pm 1,9 до 31,9 \pm 1,6 (p > 0.05). В то же время, показатели «внутренней картины» болезни, отражающие субъективный психологический комфорт и степень психологической защищенности, снижаются статистически значимо. Показатель жизнеспособности снижается с 53,1 \pm 2,4 до 40,1 \pm 2,1 (p < 0,05), социального функционирования с 56.4 ± 1.8 до 40.4 ± 1.6 (p < 0.05), а общая оценка психического здоровья уменьшается с 68.2 ± 2.2 до 42.6 ± 2.0 (p < 0.05), что составляет 30,9%.

Существенное снижение показателей психического здоровья у больных ХП после развития СД можно, по-видимому, объяснить следующим. Больные ХП, получая информацию о наличии у них второго заболевания, снижают оценку своих возможностей в плане выполнения профессиональной деятельности или привычно выполняемой работы. Это приводит к тому, что у больных уменьшается эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми, что зачастую накладывает отпечаток на показатели социального статуса данной категории больных. Изложенные причины снижения психического здоровья больных ХП подтверждает тот факт, что после развития СД общее состояние здоровья они оценивают на 45,9% ниже, чем до выявления второго заболевания.

Выводы

- 1. Развитие СД у больных XП приводит к увеличению количества обострений заболеваний в течение года в среднем на 10-15%.
- 2. Качество жизни больных XII после развития СД снижается в среднем на 20-40%, наиболее отчетливо эти изменения отражаются на показателях психического здоровья.