
Dubens organų funkcijų sutrikimai, sergant išsėtine skleroze

B. Vėbraitė*
D. Mickevičienė**

*Lietuvos sveikatos mokslų
universiteto Medicinos
akademijos Medicinos fakultetas

**Lietuvos sveikatos mokslų
universiteto ligoninės Kauno
klinikų Neurologijos klinika

Santrauka. *Įvadas.* Išsėtinė skleroze (IS) – lėtinė demielinizuojanti CNS liga, pažeidžianti daugelį nervų sistemos funkcijų. Dubens organų funkcijų – šlapinimosi, tuštinimosi ir lytinių – sutrikimai yra gana dažni, sergant šia liga, tačiau jiems skiriama nepakankamai dėmesio klinikinėje praktikoje.

Darbo tikslas. Įvertinti dubens organų funkcijų sutrikimų (DOFS) ypatumus, sergant IS, ir jų ryšį su gyvenimo kokybe.

Metodika. Anonimiškai apklausti Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Neurologijos klinikos pacientai, sergantys IS. Tiriamiesiems buvo pateikta originali anketa, skirta įvertinti DOFS dažnį ir simptomų išreikštumą, bei SF-36v2 klausimynas su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei įvertinti. SF-36v2 rezultatai pateikti kaip fizinis (SF-36_fiz) ir psichinis (SF-36_psich) gyvenimo kokybės komponentai. Negalios laipsnis įvertintas stacionarizavimo metu naudojant EDSS (angl. *Expanded Disability Status Scale*, Išplėstinė negalios įvertinimo skalė).

Rezultatai. Apklaustas 51 pacientas: 40 moterų, 11 vyrų, kurių amžiaus vidurkis buvo $43,73 \pm 11,18$ metų, ligos trukmė – $9,29 \pm 7,41$ metų. Tiriamųjų IS klinikinės formos buvo: recidyvuojanti remituojanti (RR) $n = 36$, pirminė progresuojanti (PP) $n = 1$, antrinė progresuojanti (AP) $n = 12$, recidyvuojanti progresuojanti (RP) $n = 2$. PP, AP ir RP, sujungtos į progresuojančios eigos (PE) formą, $n = 15$.

Šlapinimosi sutrikimais (ŠS) iš viso skundėsi 74,5 % ($n = 38$), tuštinimosi sutrikimais (TS) – 52,9 % ($n = 27$). Lytinių funkcijų sutrikimų (LS) turėjo 71,4 % ($n = 25$) lytiškai aktyvių pacientų. EDSS įvertis buvo statistiškai patikimai susijęs tiek su ŠS išreikštumu (ŠSI) ($r = 0,609$, $p < 0,001$), tiek su TS išreikštumu (TSI) ($r = 0,488$, $p < 0,001$), tiek su LS išreikštumu (LSI) ($r = 0,316$, $p = 0,024$). Rasti stiprūs DOFS išreikštumo tarpusavio ryšiai: ŠSI su TSI ($r = 0,488$, $p < 0,001$), ŠSI su LSI ($r = 0,686$, $p < 0,001$), TSI su LSI ($r = 0,386$, $p = 0,005$). Statistiškai reikšmingo ryšio tarp DOFS išreikštumo ir amžiaus, ligos trukmės, paūmėjimų skaičiaus nerasta. DOFS dažnio ir išreikštumo skirtumų tarp lyčių nenustatyta.

Pacientų, kuriems pasireiškė DOFS, EDSS įvertis buvo statistiškai reikšmingai didesnis ($p = 0,014$), o SF-36_fiz – mažesnis ($p < 0,001$), nei pacientų, kurie neturėjo DOFS. Nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp SF-36_fiz ir DOFS išreikštumo: ŠSI ($r = -0,488$, $p < 0,001$), TSI ($r = -0,466$, $p = 0,001$), LSI ($r = -0,396$, $p = 0,005$). Progresuojančios eigos IS trukmė buvo reikšmingai ilgesnė, EDSS įvertis didesnis, DOFS dažnesni ir labiau išreikšti, SF-36_fiz mažesnis, lyginant su RR.

Dėl ŠS į gydytoją kreipėsi 68,4 %, dėl TS – 48,1 %, dėl LS – 20,0 % šiuos sutrikimus patiriančiųjų, o gydėsi atitinkamai 31,6, 18,5 ir 12,0 %.

Išvados. DOFS, sergant IS, pasitaikė dažnai, ypač esant progresuojančios eigos IS. DOFS nepriklausė nuo pacientų amžiaus, ligos trukmės ar paūmėjimų skaičiaus, tačiau nustatytas stiprus teigiamas ryšys su EDSS įverčiu. Visi DOFS buvo stipriai susiję tarpusavyje. DOFS turėjo neigiamą įtaką sergančiųjų gyvenimo kokybei. Tik pusė pacientų, patiriančių DOFS, apie tai papasakojo gydytojui; dar mažesnę jų dalis gavo tinkamą šių simptomų gydymą. Atsižvelgiant į DOFS dažnį tarp sergančiųjų IS, jų įtaką gyvenimo kokybei ir tai, kad jie nėra susiję su amžiumi, ligos trukme ir paūmėjimų skaičiumi, derėtų apie šiuos sutrikimus paklausti pacientų jau ligos pradžioje.

Raktažodžiai: išsėtinė skleroze, dubens organų funkcijų sutrikimai, šlapinimosi, tuštinimosi, lytinės funkcijos, gyvenimo kokybė, SF-36.

Neurologijos seminarai 2014; 18(61): 189–195

ĮVADAS

Išsėtinė skleroze (IS) – tai lėtinė demielinizuojanti centrinės nervų sistemos (CNS) liga, dažniausiai prasidedanti 25–40 gyvenimo metais. Ja dažniau serga moterys; ši liga

Adresas:

Birutė Vėbraitė
VšĮ Kauno klinikos, Eivenių g. 2, LT-50009 Kaunas
Mob. (8 622) 80 104, el. paštas birutevb@gmail.com

yra viena dažniausių neurologinių jaunų žmonių neįgalumo priežasčių [1]. IS gali pasireikšti daugybe įvairių simptomų, kurie mažina pacientų galimybę normaliai funkcionuoti kasdieninėje veikloje: raumenų spastiškumu ar galūnių paralyžiais, jutimo, koordinacijos sutrikimais, tremoru, kalbos sutrikimu, nuovargiu ir pažintinių funkcijų sutrikimu (priklauso nuo pažeidimo vietos CNS) [2]. Dubens organų funkcijų sutrikimai (DOFS) – šlapinimosi, tuštinimosi ir lytiniai – taip pat labai dažnai nustatomi sergantiems IS. Šie sutrikimai labai prisideda prie ligos sukeltos negalios, tačiau susilaukia nepelnytai mažai gydytojų dėmesio. IS lyginant su kitomis lėtinėmis ligomis, paaiškėjo, kad visi DOFS yra reikšmingai dažnesni sergantiems IS [3].

Šlapinimosi sutrikimai (ŠS) nustatomi apie 75 % sergančiųjų IS. Yra duomenų, kad daliai pacientų šie simptomai prasideda jau ankstyvose ligos stadijose ir ryškėja sunkėjant ligos eigai. Tačiau vis dar neaišku, ar jų progresavimas susijęs su amžiumi ir ligos trukme [4, 5]. 2–3 % atvejų ŠS būna pirmasis ligos požymis, iki 14 % – vienas iš simptomų, kuriais debiutuoja IS [6]. Manoma, kad ŠS atsiranda dėl spinobulbospinalinio reflekso lanko pažeidimo, vykstant demielinizacijai nugaros smegenyse ir smegenų kamieno [5, 7]. ŠS gali būti iritacinio, obstrukcinio tipo ir mišrūs. Iritaciniai simptomai kyla dėl šlapimo pūslės tuštinamojo raumens (*m. detrusor vesicae urinariae*) hiperaktyvumo ir pasireiškia dažnu šlapinimusi, staigiu noru šlapintis ir šlapimo nelaikymu. Obstrukcinio tipo ŠS yra sukelti *m. detrusor* bei vidinio šlaplės sfinkterio disinerģijos arba *m. detrusor* hipoaktyvumo ir apibūdinami kaip dažnas šlapinimasis, sunkumas pasišlapinti ar nepakankamas šlapimo pūslės ištuštinimas [2]. Dėl didesnio liekamojo šlapimo tūrio, vyraujant obstrukcinio tipo ŠS, didėja šlapimo takų infekcijų ir inkstų pažeidimo rizika [8].

Tuštinimosi sutrikimai moksliniuose straipsniuose aprašomi daug rečiau, tačiau ankstesnių tyrimų duomenys rodo, kad šie simptomai būdingi apie 50 % sergančiųjų IS [9]. Pacientų, kuriems IS nustatyta prieš 2–5 metus, tyrimas parodė, kad TS, kaip ir ŠS, gana dažni jau ligos pradžioje [4]. Dažniausi simptomai – vidurių užkietėjimas ir išmatų nelaikymas [10], rečiau – staigus noras tuštintis, viduriavimas. IS sutrikdo tiek autonominę, tiek ir valingą tuštinimosi reguliaciją. Vieni pagrindinių TS mechanizmų yra sutrikusi virškinamojo trakto motorika, sumažėjęs anorektalinės srities jautrumas, sutrikusi išangės sfinkterių koordinacija ir kontrolė [11].

IS nulemtiems lytiniams sutrikimams (LS) būdingos trys priežasčių grupės [12]. Pirminiai LS atsiranda dėl tiesioginio lytinių organų sensorinės, motorinės ir autonominės inervacijos bei nugaros smegenų refleksų sutrikimo, antriniai yra sąlygoti ribotų seksualinės išraiškos galimybių dėl kitų IS simptomų (nuovargio, skausmo, koordinacijos sutrikimų ir kt.). Tretiniai LS yra susiję su prastesne sergančiųjų psichologine būkle, socialiniais ir kultūriniais apribojimais. Ligos pradžioje vyrauja pirminiai LS, o būklei blogėjant ir didėjant negaliai, svarbesni tampa antriniai ir tretiniai [13]. LS dažnis vyrams svyruoja nuo 50 iki 84 %, o moterims – nuo 45 iki 85 % [14–16]. Skiriamos keturios LS simptomų kategorijos: lytinio potraukio sutriki-

mai, lytinio sujaudinimo sutrikimai, orgazmo sutrikimai ir skausmas lytinių santykių metu [17]. Dažniausi literatūroje minimi LS vyrams yra erekcijos ir ejakuliacijos sutrikimai [18], moterims – lytinio potraukio sumažėjimas ir sunkumai pasiekti orgazmą [17]. Duomenys apie LS dažnio skirtumus tarp lyčių vis dar labai prieštaringi [1, 19, 20]. Nors, studijų duomenimis, vyrams LS pasitaiko dažniau [3], moteris vargina daugiau skirtingų LS simptomų [21].

Keletas tyrimų patvirtino, kad IS pacientų patiriami DOFS simptomai blogina su sveikata susijusią gyvenimo kokybę [10, 16, 22–24]. DOFS didina sergančiųjų socialinę atskirtį, kadangi stiprėja baimė dėl su šlapimo ir išmatų nelaikymu susijusių įvykių viešumoje, gėda dėl nemalonaus kūno kvapo, poreikis tiksliai planuoti suvartojamų skysčių kiekį, vengimas būti vietose, kur tualetas nėra lengvai pasiekiamas [25]. Lytinių funkcijų sutrikimai blogina santykius su partneriu, sergančiųjų pasitikėjimą savimi ir bendrą psichologinę būklę bei pasitenkinimą gyvenimu [23]. Be to, kai kurie autoriai teigia, kad negydomi apatinių šlapimo takų sutrikimai gali sukelti inkstų pažeidimą [25, 26], todėl itin svarbu dar kartą atkreipti dėmesį į šiuos sutrikimus, juos tinkamai diagnozuoti ir gydyti.

TYRIMO TIKSLAS

Įvertinti dubens organų funkcijų sutrikimų (DOFS) ypatumus, sergant IS, ir jų ryšį su gyvenimo kokybe.

METODIKA

Dalyvauti tyrime buvo pakviesti visi pacientai, 2012 m. rugsėjį–2013 m. vasarį stacionarizuoti į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Neurologijos kliniką dėl IS, kuriems liga diagnozuota remiantis 2010 m. peržiūrėtais McDonald'o kriterijais. Tyrimo metu buvo vertinami bendrieji demografiniai ir klinikiniai duomenys (tiriamųjų lytis, amžius, išsėtinės sklerozės trukmė, forma, fizinė negalia), patiriami dubens organų funkcijų sutrikimai ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Tyrimui atlikti gautas LSMU Bioetikos centro leidimas Nr. BEC-MF-25. Visi tiriamieji, prieš dalyvaudami tyrimu, pasirašė tiriamojo asmens sutikimo formą.

Fizinė pacientų negalia buvo vertinama remiantis Kurtzke išplėstine negalios įvertinimo skale – EDSS (angl. *Expanded Disability Status Scale*), pagal kurią skiriama nuo 1 iki 10 balų, kur 1 balas – nėra negalios, minimalūs požymiai vienoje funkcinėje sistemoje, o 10 – pacientas mirė nuo IS [27].

Pacientų patiriamiems DOFS įvertinti buvo sukurtas originalus klausimynas, kuriame išskirtos trys sritys: šlapinimasis, tuštinimasis ir lytinių funkcijų sutrikimai. Pacientų buvo klausiama, kaip dažnai juos vargina atitinkami sutrikimai (1 lentelė). Sutrikimų dažnumas buvo vertinamas balais nuo 1 iki 5, kur 1 – niekada, 2 – retai, 3 – kartais, 4 – dažnai, 5 – visą laiką. Tiriamųjų taip pat buvo klausiama,

1 lentelė. Tyrimo anketoje vardyti DOFS simptomai

Šlapinimosi sutrikimai	Tuštinimosi sutrikimai	Lytinių funkcijų sutrikimai	
		Vyrams	Moterims
Dažnas šlapinimasis	Viduriavimas	Erekcijos sutrikimai	Makšties sausumas
Staigus, sunkiai suvaldomas noras šlapintis	Vidurių užkietėjimas	Ejakuliacijos sutrikimai	Skausmingi lytiniai santykiai
Pasunkėjęs šlapinimasis	Pasunkėjęs tuštinimasis	Lytinio potraukio sumažėjimas	
Naktinis šlapinimasis	Išmatų nelaikymas	Nepatiriamas orgazmas	
Šlapimo nelaikymas		Nejautrumas lytinių organų srityje	

DOFS – dubens organų funkcijų sutrikimai

ar apie šiuos sutrikimus pasakė gydytojui, ar jiems gydyti vartoja vaistus ir kitas priemones.

Tiriamųjų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei įvertinti buvo naudojama SF-36 klausimyno trumpa sveikatos apklausos forma (angl. *Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire*), antroji versija. Šis klausimynas sudarytas iš 36 klausimų, kurie atspindi 8 gyvenimo sritis: fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų ir emocinių sutrikimų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą ar gyvybingumą, skausmą ir bendrąjį sveikatos vertinimą [28]. Klausimyno rezultatai atspindi du pagrindinius gyvenimo kokybės komponentus: fizinį ir psichinį. Naudojant šį klausimyną, vertinama pastarųjų keturių savaičių savijauta.

Statistinė analizė atlikta naudojant IBM SPSS 20 programų paketą. Kiekybiniai kintamieji aprašyti kaip aritmetinis vidurkis \pm standartinė vidurkio paklaida. Taikyti kriterijai: Mann-Whitney U, ², Spearman'o koreliacijos koeficientas. Skirtumai laikyti statistiskai reikšmingais, kai reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$.

REZULTATAI

Tyrimo dalyvavo 51 išsėtine skleroze sergantis asmuo: 40 (78,43 %) moterų, 11 (21,57 %) vyrų, jų amžiaus vidurkis buvo $43,73 \pm 1,57$ metų, sirgimo trukmė – $9,29 \pm 1,04$ metų.

36 apklaustieji (70,59 %) sirgo recidyvuojančia remituojančia forma, 1 – pirmine progresuojančia (1,96 %), 12 – antrine progresuojančia (23,52 %), 2 tiriamiesiems (3,92 %) nustatyta recidyvuojanti progresuojanti IS forma. Analizuojant duomenis, PP, AP ir RP tiriamieji buvo sujungti į vieną grupę – progresuojančios eigos (PE).

Reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų ligos trukmės, amžiaus, EDSS, SF-36 fizinio ir psichinio komponento įvertinimo, DOFS dažnio ir išreikštumo nebuvo rasta.

DOFS pasireiškimo dažnis tiriamojoje imtyje aprašytas 2 lentelėje. Vidutinis ŠS išreikštumas (ŠSI) RR grupėje buvo $5,06 \pm 0,81$ balo, PE grupėje – $10,93 \pm 0,94$ balo. Tuštinimosi sutrikimų išreikštumas (TSI) RR – $1,69 \pm 0,4$ balo, PE – $5,33 \pm 0,8$ balo. LS išreikštumas (LSI) RR – $2,19 \pm 0,61$ balo, PE – $8,53 \pm 1,41$ balo.

Tiriamųjų, kurie dėl DOFS kreipėsi į gydytoją, DOFS išreikštumas statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo tų, ku-

rie nesikreipė, tačiau EDSS įvertis buvo didesnis ($p = 0,01$). Tarp ŠS dažniausi buvo iritacinio tipo ŠS, tarp TS vyravo vidurių užkietėjimas, o tarp LS vyrams dažniausi buvo erekcijos ir ejakuliacijos sutrikimai. Iš bendrų abiem lytims simptomų vyravo lytinio potraukio sumažėjimas (3 lentelė).

2 lentelė. DOFS pasiskirstymas

Sutrikimas	Sutrikimą turėjo	Į gydytoją kreipėsi*	Gydėsi**
ŠS	74,5 % (n = 38)	68,4 %	31,6 %
TS	52,9 % (n = 27)	48,1 %	18,5 %
LS	71,4 % (n = 25)***	20,0 %	12,0 %

DOFS – dubens organų funkcijų sutrikimai; ŠS – šlapinimosi sutrikimai; TS – tuštinimosi sutrikimai; LS – lytiniai sutrikimai

*Iš turėjusių sutrikimą

**Vaistais, įvairiais papildais, žolelių preparatais ir kitomis priemonėmis

***Lytiškai aktyvių pacientų (85,7 % vyrų ir 67,9 % moterų)

3 lentelė. DOFS pasireiškimo dažnis tarp tiriamųjų

Simptomas	Tiriamųjų dalis, %
Dažnas šlapinimasis	64,7
Staigus, sunkiai suvaldomas noras šlapintis	66,7
Pasunkėjęs šlapinimasis	47,1
Naktinis šlapinimasis	64,7
Šlapimo nelaikymas	49
Viduriavimas	37,5
Vidurių užkietėjimas	45,1
Pasunkėjęs tuštinimasis	43,1
Išmatų nelaikymas	19,6
Erekcijos sutrikimai	85,7*
Ejakuliacijos sutrikimai	85,7*
Makšties sausumas	39,3**
Skausmingi lytiniai santykiai	21,4**
Lytinio potraukio sumažėjimas	65,7***
Nepatiriamas orgazmas	57,1***
Nejautrumas lytinių organų srityje	37,1***

DOFS – dubens organų funkcijų sutrikimai

*Iš lytiškai aktyvių vyrų

**Iš lytiškai aktyvių moterų

***Iš lytiškai aktyvių tiriamųjų

Grupių amžiaus vidurkiai reikšmingai nesiskyrė. PE pacientų ligos trukmė buvo reikšmingai ilgesnė, didesnis EDSS įvertis, dažnesni DOFS, didesnis jų išreikštumas, mažesnis gyvenimo kokybės fizinio komponento balas. Nors PE grupėje paūmėjimų skaičius buvo didesnis, o lytinis aktyvumas ir gyvenimo kokybės psichinio komponento balas – mažesnis, šie skirtumai statistinio reikšmingumo nepasiekė (4 lentelė).

Turėjusių DOFS simptomų tiriamųjų negalia, pagal EDSS, buvo statistiškai reikšmingai didesnė, o gyvenimo kokybės fizinio komponento balas – mažesnis, kiti požymiai skyrėsi nereikšmingai (5 lentelė).

Nustatėme, kad DOFS yra stipriai susiję tarpusavyje, t. y. kuo labiau išreikštas vienas sutrikimas, tuo stipriau pasireiškia ir kitas: ŠSI su TSI ($r = 0,488$, $p < 0,001$), ŠSI su LSI ($r = 0,686$, $p < 0,001$), TSI su LSI ($r = 0,386$, $p = 0,005$). Taip pat DOFS buvo reikšmingai susiję su kitais parametrais: EDSS (ŠSI ($r = 0,609$, $p < 0,001$), TSI ($r = 0,488$, $p < 0,001$), LSI ($p = 0,024$, $r = 0,316$)), fizinio gyvenimo kokybės komponento balu (ŠSI ($r = -0,488$, $p < 0,001$), TSI ($r = -0,466$, $p = 0,001$), LSI ($r = -0,396$, $p = 0,005$)). ŠSI buvo reikšmingai susijęs su gyvenimo kokybės psichinio komponento balu ($p = 0,034$, $r = -0,297$). Statistiškai reikšmingų ryšių tarp DOFS išreikštumo ir tiriamųjų amžiaus, ligos trukmės, paūmėjimų skaičiaus neradome.

REZULTATŲ APTARIMAS

Beveik 80 % tiriamųjų sudarė moterys; toks lyčių pasiskirstymas, dominuojant moteriškajai, yra būdingas IS. Tiek mūsų, tiek literatūros duomenimis [29], RR forma yra dažniausia – ši grupė sudarė apie 70 % visų tiriamųjų. Daliai pacientų, sergančių RR forma, liga ilgainiui įgauna progresuojančią eigą ir tampa antrine progresuojančia. AP klinikinė forma buvo antra pagal dažnumą (diagnozuota 25 % tiriamųjų) ir dominavo PE grupėje.

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, šlapinimosi ir lytinės funkcijos sutrikimų turėjo beveik trys ketvirtadaliai, o tuštinimosi sutrikimų – daugiau nei pusė tiriamųjų. Toks DOFS dažnis atitinka literatūros duomenis [9, 10, 14–16, 25, 30, 31]. Dažniausi ŠS simptomai tiriamųjų grupėje buvo dažnas šlapinimasis, staigus, sunkiai suvaldomas noras šlapintis ir naktinis šlapinimasis, taigi, vyravo iritacinio pobūdžio ŠS. Toks ŠS simptomų pasiskirstymas atitinka anksčiau atliktų tyrimų rezultatus [26].

Tuo tarpu TS pasireiškė pusei tiriamųjų. Šie rezultatai taip pat atitinka ankstesnių tyrimų duomenis [9, 10, 25]. Tarp TS vyravo vidurių užkietėjimas ir pasunkėjęs tuštinimasis, kuriuos gali sąlygoti žarnyno hipodinamiškumas ir anorektalinė disfunkcija [9].

Dažniausias abiejų lyčių patiriamas LS simptomas buvo lytinio potraukio sumažėjimas. Iš vien vyrų specifiški simptomai, tiek erekcijos, tiek ejakuliacijos sutrikimai, pasireiškė vienodai dažnai (85,7 %) ir šis skaičius buvo gerokai didesnis, lyginant su moterims specifinių simptomų dažniu (iš jų dažniausias buvo makšties sausumas –

4 lentelė. Klinikinių formų palyginimas

Kintamasis	RR, n = 36	PE, n = 15	p reikšmė
Amžius, m.	43,6 ± 1,8	43,9 ± 3,0	0,983
Ligos trukmė, m.	7,8 ± 1,1	12,9 ± 2,0	0,013
Paūmėjimų skaičius	5,2 ± 0,8	7,47 ± 1,7	0,316
EDSS, balai	3,6 ± 0,3	6,0 ± 0,4	< 0,001
ŠS dažnis, %	63,9	100	0,005
TS dažnis, %	38,9	86,7	0,002
Lytiskai aktyvūs, %	86,7	61,1	0,068
LS dažnis, %	59,1*	92,3*	0,039
ŠSI, b.	5,06 ± 0,81	10,93 ± 0,94	< 0,001
TSI, b.	1,69 ± 0,4	5,33 ± 0,8	< 0,001
LSI, b.	2,19 ± 0,61	8,53 ± 1,41	< 0,001
SF-36_fiz, b.	42,5 ± 1,6	30,1 ± 2,6	< 0,001
SF-36_psich, b.	42,6 ± 1,9	36,6 ± 3,5	0,054

RR – recidyvuojanti remituojanti; PE – progresuojančios eigos; ŠS – šlapinimosi sutrikimai; TS – tuštinimosi sutrikimai; LS – lytiniai sutrikimai;

ŠSI – ŠS išreikštumas; TSI – TS išreikštumas; LSI – LS išreikštumas

*Iš lytiškai aktyvių tiriamųjų

5 lentelė. Skirtumai tarp turėjusių ir neturėjusių DOFS

Kintamasis	DOFS+, n = 42	DOFS-, n = 9	p reikšmė
Amžius, m.	44,74 ± 1,59	39,00 ± 4,83	0,198
Ligos trukmė, m.	10,00 ± 0,19	6,00 ± 1,57	0,216
Paūmėjimų skaičius	5,95 ± 0,84	5,33 ± 1,68	0,761
EDSS, balai	4,63 ± 0,28	2,89 ± 0,54	0,014
SF-36_fiz, b.	36,74 ± 1,68	48,67 ± 1,64	0,001
SF-36_psich, b.	41,24 ± 1,81	38,76 ± 4,98	0,671

DOFS+ – tiriamieji, turėję dubens organų funkcijų sutrikimų; DOFS- – tiriamieji, kuriems nepasireiškė dubens organų funkcijų sutrikimai;

EDSS – išplėstinė negalios įvertinimo skalė; SF-36_fiz – su sveikata susijusios gyvenimo kokybės fizinio komponento balas; SF-36_psich – su sveikata susijusios gyvenimo kokybės psichinio komponento balas

39,3 %). Nors toks skirtumas atrodo drastiškas, apibendrinę visus LS simptomus – tiek lyčiai specifiskus, tiek abiejų lyčių patiriamus – statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyčių neradome. Klausimas, ar vis dėlto šis skirtumas egzistuoja, lieka atviras. Vieno tyrimo duomenimis, LS dažnesni moterims [20], nors dauguma autorių teigia, kad vyrams [4, 22, 32, 33]. Kito tyrimo rezultatai, kaip ir mūsų, skirtumo tarp lyčių neparodo [16]. Nors daugiau vyrų, lyginant su moterimis, teigė esantys lytiškai aktyvūs, atitinkamai 85,7 ir 67,9 %, šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas.

Nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų ryšių tarp DOFS ir pacientų amžiaus, ligos trukmės, paūmėjimų skaičiaus. Remiantis kitų tyrimų duomenimis, taip pat sunku daryti išvadas, kadangi rezultatai yra priešaringi [5].

Antra vertus dauguma tyrimų vienodai rodo, kad DOFS yra susiję su EDSS, ką parodė ir mūsų tyrimas [2, 10, 25].

Tiriamųjų, turėjusių DOFS, gyvenimo kokybės fizinio komponento balas buvo statistiškai reikšmingai mažesnis, nei neturėjusiųjų. Priešingai, nei buvo tikėtasi, DOFS turėjusiųjų gyvenimo kokybės psichinio komponento balas buvo šiek tiek didesnis. Kadangi šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas, nelaikome jo esminiu ir manome, kad tokį pasiskirstymą gali paaiškinti didesnė DOFS- SF-36_psih rezultatų vidurkio paklaida ir palyginti mažas tokių pacientų skaičius ($n = 9$). Tarp visų DOFS išreikštumo ir SF36_fiz įverčio rastas statistiškai reikšmingas neigiamas ryšys. Šlapinimosi sutrikimų išreikštumas buvo statistiškai reikšmingai susijęs ir su psichinio gyvenimo kokybės komponento balu. Todėl galima daryti išvadą, kad DOFS buvimas lemia blogesnę gyvenimo kokybę. Tai patvirtina ir kitų studijų rezultatai [10, 16, 22–24].

ŠSI, TSI ir LS buvo reikšmingai susiję tarpusavyje. Keletas ankstesnių tyrimų taip pat nustatė panašių ryšių [9, 25]. Tokius rezultatus galėtų paaiškinti bendros DOFS patofiziologijos hipotezė. Manoma, kad ŠS lemia demielinizacijos plokštelių susidarymas tilto srityje ir nugaros smegenyse [34]. Tai patvirtina atrasti ryšiai tarp radiologinių nugaros smegenų pažeidimo požymių ir ŠS simptomų stiprumo. TS atsiradimas taip pat siejamas su nugaros smegenų pažeidimu, dėl kurio sulėtėja nervinio impulso plitimas nuo centrinio motoneurono iki analinio sfinkterio; šių sutrikimų egzistavimą įrodo fiziologiniai nugaros smegenų laidumo tyrimai [35] ir sulėtėjęs atsakas, tiriant somatosensorinius sukeltuosius potencialus [36]. G. Preziosi ir kt. įrodė, kad ŠS ir TS yra ne tik stipriai susiję kliniškai, bet ir jų ryšiai turi anatomicinį pagrindą [10]. Kadangi normalų lytinį gyvenimą lemia daug psichologinių veiksnių, kitų DOFS buvimas pats savaime gali sukelti lytinių funkcijų sutrikimų. Kylanti socialinė izoliacija dėl nemalonaus savo kūno kvapo ar nepageidaujamų įvykių, susijusių su šlapimo ar išmatų nelaikymu, baimė trikdo lytinius santykius [19]. Be to, LS sukelia tiesioginis lytinių organų inervacijos pažeidimas, kaip ir ŠS bei TS atveju, atsirandantis dėl IS plokštelių smegenų kamiene ir nugaros smegenyse [12]. Apibendrinus šiuos įrodymus, natūralu, kad DOFS yra susiję vieni su kitais.

Lyginant tarpusavyje RR ir PE grupes, paaiškėjo, kad PE tiriamųjų patiriami DOFS buvo dažnesni ir labiau išreikšti, jų negalia pagal EDSS – didesnė, ligos trukmė – ilgesnė, o gyvenimo kokybės fizinio komponento balas – mažesnis. Kadangi daliai pacientų RR forma, laikui bėgant, pereina į antrinę progresuojančią [29], natūralu, kad PE grupės tiriamųjų ligos trukmė buvo ilgesnė. Tiek ilgesnė ligos trukmė, tiek labiau išreikšti DOFS simptomai turėjo įtakos didesnei šių pacientų negaliai ir prastesnei gyvenimo kokybei.

Dėl patiriamų šlapinimosi sutrikimų į gydytoją kreipėsi palyginti nemaža dalis pacientų (68,4 %, žr. 2 lentelę), tuo tarpu dėl tuštinimosi sutrikimų – apie pusė juos patyrusių, o dėl lytinės funkcijos – tik 20 %. Dar mažesnę dalis tiriamųjų vartojo vaistus ar kitas priemones šiems sympto-

mams palengvinti. ŠS yra dažniausiai literatūroje aptariamai ir geriausiai žinomi iš visų DOFS, nors LS dažnis yra panašus. Galbūt šis faktas galėjo lemti, kad gydytojai dažniau paklausia pacientų apie ŠS, nei apie TS ir LS. Kartais klaidingai manoma, kad pacientui bus nemalonu kalbėti apie lytinio gyvenimo problemas. Tačiau vieno tyrimo metu paaiškėjo, kad dauguma pacientų gydytojų klausimus apie LS laiko normaliais ir priimtinais [19]. Tikėtina, kad asmenys, patiriantys minėtų sutrikimų, tikisi pagalbos iš gydytojo, todėl sutiktų atvirai papasakoti apie juos varginančius simptomus, nors nedrįsta patys jais pasiskųsti. Įdomu tai, kad neradome DOFS išreikštumo skirtumų tarp tų pacientų, kurie kreipėsi dėl jų į gydytoją, ir tų, kurie nesikreipė, tačiau reikšmingai skyrėsi šių grupių EDSS įvertis. Tai reiškia, kad pacientus papasakoti apie DOFS simptomus labiau skatina ne šių simptomų intensyvumas, o bendra negalia. Antra vertus gal gydytojai, tirdami pacientus, turinčius labiau išreikštą negalią, dažniau paklausia apie galimus DOFS, nes, tiek mūsų, tiek daugelio kitų autorių duomenimis, DOFS stipriai susiję su EDSS.

Manome, kad pacientų kreipimosi į gydytoją dėl DOFS dažnis yra per mažas, ypač turint omenyje šių sutrikimų įtaką gyvenimo kokybei, todėl gydytojui derėtų dažniau pačiam užsiminti apie galimus DOFS simptomus.

IŠVADOS

Dubens organų funkcijų sutrikimai, sergant išsėtine skleroze, pasitaikė dažnai, ypač esant progresuojančios eigos išsėtinei sklerozei.

Dubens organų funkcijų sutrikimai nepriklausė nuo pacientų amžiaus, ligos trukmės ar paūmėjimų skaičiaus, tačiau nustatytas stiprus teigiamas ryšys su EDSS įverčiu. Šlapinimosi, tuštinimosi ir lytiniai sutrikimai buvo stipriai susiję tarpusavyje.

Dubens organų funkcijų sutrikimai turėjo neigiamos įtakos sergančiųjų gyvenimo kokybei.

Nepakankamai pacientų, patiriančių dubens organų funkcijų sutrikimų, apie tai papasakojo gydytojui, dar mažiau gavo tinkamą šių simptomų gydymą. Atsižvelgiant į DOFS dažnį tarp sergančiųjų IS, jų įtaką gyvenimo kokybei ir tai, kad jie nėra susiję su amžiumi, ligos trukme ir paūmėjimų skaičiumi, derėtų apie šiuos sutrikimus paklausti pacientų jau ligos pradžioje.

Gauta:
2014 05 12

Priimta spaudai:
2014 06 14

Literatūra

1. Bagnato F, Centonze D, Galgani S, Grasso MG, Haggiag S, Strano S. Painful and involuntary multiple sclerosis. *Expert Opin Pharmacother* 2011; 12(5): 763–77. doi:10.1517/14656566.2011.540239.
2. De Ridder D, Van Der Aa F, Debruyne J, et al. Consensus guidelines on the neurologist's role in the management of neurogenic lower urinary tract dysfunction in multiple scler-

- rosis. *Clin Neurol Neurosurg* 2013; 115(10): 2033–40. doi:10.1016/j.clineuro.2013.06.018.
3. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler* 1999; 5(6): 418–27. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10618699>. Accessed February 10, 2014.
 4. Nortvedt MW, Riise T, Frugård J, et al. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler* 2007; 13(1): 106–12. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17294618>. Accessed October 26, 2013.
 5. Araki I, Matsui M, Ozawa K, Nishimura M, Kuno S, Saida T. Relationship between urinary symptoms and disease-related parameters in multiple sclerosis. *J Neurol* 2002; 249(8): 1010–5. doi:10.1007/s00415-002-0775-4.
 6. Betts CD, D’Mellow MT, Fowler CJ. Urinary symptoms and the neurological features of bladder dysfunction in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56(3): 245–50. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1014855&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Accessed October 26, 2013.
 7. De Groat WC. Anatomy of the central neural pathways controlling the lower urinary tract. *Eur Urol* 1998; 34(Suppl 1): 2–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9705544>. Accessed February 15, 2014.
 8. Calabresi PA, Austin H, Racke MK, et al. Impaired renal function in progressive multiple sclerosis. *Neurology* 2002; 59(11): 1799–801. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12473777>. Accessed October 26, 2013.
 9. Haensch C-A, Jörg J. Autonomic dysfunction in multiple sclerosis. *J Neurol* 2006; 253(Suppl): I3–9. doi:10.1007/s00415-006-1102-2.
 10. Preziosi G, Raptis DA, Raeburn A, Thirupathy K, Panicker J, Emmanuel A. Gut dysfunction in patients with multiple sclerosis and the role of spinal cord involvement in the disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013. doi:10.1097/MEG.0b013e328361eaf8.
 11. Wiesel PH, Norton C, Glickman S, Kamm MA. Pathophysiology and management of bowel dysfunction in multiple sclerosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13(4): 441–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11338078>. Accessed February 15, 2014.
 12. Foley FW, LaRocca NG, Sanders AS, Zemon V. Rehabilitation of intimacy and sexual dysfunction in couples with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2001; 7(6): 417–21. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11795465>. Accessed November 13, 2013.
 13. Tzortzis V, Skriapas K, Hadjigeorgiou G, et al. Sexual dysfunction in newly diagnosed multiple sclerosis women. *Mult Scler* 2008; 14(4): 561–3. doi:10.1177/13524585080140040901.
 14. Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Mult Scler* 2006; 12(2): 209–14. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16629425>. Accessed October 26, 2013.
 15. Zorzon M, Zivadinov R, Monti Bragadin L, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a 2-year follow-up study. *J Neurol Sci* 2001; 187(1–2): 1–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11440738>. Accessed October 26, 2013.
 16. Tepavcevic DK, Kostic J, Basuroski ID, Stojisavljevic N, Pekmezovic T, Drulovic J. The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008; 14(8): 1131–6. doi:10.1177/1352458508093619.
 17. Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand* 2010; 121(5): 289–301. doi:10.1111/j.1600-0404.2009.01314.x.
 18. Fode M, Krogh-Jespersen S, Brackett NL, Ohl DA, Lynne CM, Sønksen J. Male sexual dysfunction and infertility associated with neurological disorders. *Asian J Androl* 2012; 14(1): 61–8. doi:10.1038/aja.2011.70.
 19. Lew-Starowicz M, Rola R. Prevalence of sexual dysfunctions among women with multiple sclerosis. *Sex Disabil* 2013; 31(2): 141–53. doi:10.1007/s11195-013-9293-9.
 20. Celik DB, Poyraz EÇ, Bingöl A, Idiman E, Ozakbaş S, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: gender differences. *J Neurol Sci* 2013; 324(1–2): 17–20. doi:10.1016/j.jns.2012.08.019.
 21. Stenager E, Stenager EN, Jensen K. Sexual function in multiple sclerosis. A 5-year follow-up study. *Ital J Neurol Sci* 1996; 17(1): 67–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8742990>. Accessed February 15, 2014.
 22. Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, Landtblom AM, Bakke A, Nyland HI. Reduced quality of life among multiple sclerosis patients with sexual disturbance and bladder dysfunction. *Mult Scler* 2001; 7(4): 231–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11548982>. Accessed October 26, 2013.
 23. Schairer LC, Foley FW, Zemon V, et al. The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2013. doi:10.1177/1352458513503598.
 24. Hopman WM, Coe H, Edgar CM, McBride E V, Day AG, Brunet DG. Factors associated with health-related quality of life in multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci* 2007; 34(2): 160–6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17598592>. Accessed October 28, 2013.
 25. Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA. Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *J Neurol* 1999; 246(11): 1027–32. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10631634>. Accessed October 26, 2013.
 26. De Sèze M, Ruffion A, Denys P, Joseph P-A, Perrouin-Verbe B. The neurogenic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. *Mult Scler* 2007; 13(7): 915–28. doi:10.1177/1352458506075651.
 27. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33(11): 1444–52. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6685237>. Accessed October 28, 2013.
 28. Staniūtė M. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-36 klausimyną. *Biol Psichiatri ir Psichofarmakol* 2007; 9(1): 22–5.
 29. Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodriguez M, Weinshenker BG. Multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2000; 343(13): 938–52. doi:10.1056/NEJM200009283431307.
 30. DasGupta R, Fowler CJ. Bladder, bowel and sexual dysfunction in multiple sclerosis: management strategies. *Drugs* 2003; 63(2): 153–66. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12515563>. Accessed October 26, 2013.
 31. Litwiller SE, Frohman EM, Zimmern PE. Multiple sclerosis and the urologist. *J Urol* 1999; 161(3): 743–57. Available at:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534701617609>. Accessed November 12, 2013.

32. Mattson D, Petrie M, Srivastava DK, McDermott M. Multiple sclerosis. Sexual dysfunction and its response to medications. *Arch Neurol* 1995; 52(9): 862-8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7661722>. Accessed October 26, 2013.
33. Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, Kapfhammer H-P, Bonelli RM. Sexuality in multiple sclerosis. *J Neural Transm* 2005; 112(9): 1201-11. doi:10.1007/s00702-005-0275-7.
34. Araki I, Matsui M, Ozawa K, Takeda M, Kuno S. Relationship of bladder dysfunction to lesion site in multiple sclerosis. *J Urol* 2003; 169(4): 1384-7. doi:10.1097/01.ju.0000049644.27713.c8.
35. Snooks SJ, Swash M. Motor conduction velocity in the human spinal cord: slowed conduction in multiple sclerosis and radiation myelopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985; 48(11): 1135-9. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1028573&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Accessed November 13, 2013.
36. Haldeman S, Glick M, Bhatia NN, Bradley WE, Johnson B. Colonometry, cystometry, and evoked potentials in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1982; 39(11): 698-701. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7125999>. Accessed November 13, 2013.

B. Vėbraité, D. Mickevičienė

DYSFUNCTION OF PELVIC ORGANS IN MULTIPLE SCLEROSIS

Summary

Background. Multiple sclerosis (MS) is a chronic demyelinating disease of central nervous system which affects most of its functions. Dysfunction of pelvic organs (DPO), i. e. urinary (UD), bowel (BD) and sexual (SD) dysfunction, is a common problem in MS, however, it does not receive enough attention from clinicians.

Aim of the study was to evaluate DPO characteristics and correlations with the quality of life in MS.

Methods. An anonymous survey was carried out among the MS patients in Neurology clinic of Lithuanian University of Health Sciences Hospital Kaunas Clinics. Participants received an original questionnaire of DPO and health related quality of life questionnaire SF-36v2.

Results. We surveyed 51 patients in total: 40 females and 11 males. Average age of participants was 43.73 ± 11.18 years. 36 patients were diagnosed with relapsing remitting (RR) clinical course, 1 with primary progressive (PP), 12 with secondary progressive (SP), and 2 with progressive relapsing (PR). PP, SP and PR were merged to progressive course (PC) multiple sclerosis group, $n=15$.

Prevalence of UD was 74.5%, BD – 52.9%. 71.4% of sexually active patients had SD. EDSS correlated significantly with expression of UD ($r=0.609$, $p<0.001$) as well as BD ($r=0.488$, $p<0.001$) and SD ($r=0.316$, $p=0.024$). DPO also correlated among each other: UD with BD ($r=0.488$, $p<0.001$), UD with SD ($r=0.686$, $p<0.001$) and BD with SD ($r=0.386$, $p=0.005$). We did not find any significant correlations between DPO and patients' age, disease duration or number of relapses. Patients with DPO had significantly higher EDSS ($p=0.014$) and lower physical component of SF-36 ($p<0.001$). We found statistically significant correlations between physical component of SF-36 and UD ($r=0.488$, $p<0.001$), as well as with BD ($r=-0.466$, $p=0.001$). Disease duration in PC group was significantly longer, EDSS and prevalence of DPO were higher, DPO were more expressed, physical component of SF-36 was lower.

68.4% of those who suffered from UD consulted their physician while in BD and SD case these numbers were even lower – 48.1% and 20.0% respectively. 31.6%, 18.5% and 12.0% accordingly received due treatment for their symptoms.

Conclusions. DPO was a common problem in multiple sclerosis, especially in PC course. DPO did not correlate with age, disease duration and number of relapses. On the other hand, UD, BD and SD had significant correlations with EDSS and among each other. DPO had a negative effect on patients' quality of life. Only a half of patients suffering from DPO consulted their physicians, even less received any treatment for these symptoms. Bearing in mind the effect of DPO on the quality of life and its lack of correlation with patients' age, disease duration and number of relapses, we suggest that clinicians should ask about DPO more often starting with early stages of MS.

Keywords: multiple sclerosis, dysfunction of pelvic organs, urinary, bladder, sexual dysfunction, quality of life, SF-36.