

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕБЮТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

*Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Т. Н. Ткачева,
И. К. Гапонов, Т. Г. Воробьева, Л. И. Вельковская*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: рассеянный склероз, дебют, гендерные различия

Одной из приоритетных задач в неврологии является достоверная диагностика рассеянного склероза (РС) на этапе дебюта. Это позволяет своевременно начать адекватную терапию и создает реальные предпосылки для более доброкачественного течения демиелинизирующего процесса в дальнейшем. Особый интерес представляет изучение особенностей протекания дебютов у лиц разного пола. В связи с этим изучены гендерные различия в клинической структуре дебютов при рецидивирующем течении (РТ) РС у 60 больных (25 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст — 37,6 года).

При комплексной характеристике дебюта учитывались факторы риска (ФР), непосредственно предшествующие его клинической манифестации: наличие клинических предвестников дебюта, возраст начала заболевания, темпы развития, тяжесть и продолжительность дебюта, его синдромологическая структура, длительность и полнота ремиссий после дебюта.

Среди ФР, непосредственно предшествовавших развитию дебюта, у женщин преобладали инфекции (34,3 % и 16,0 %) и стрессовые ситуации (60,0 % и 36,0 %), тогда как мужчины в 2 раза чаще женщин не могли объяснить причину возникновения первых симптомов заболевания (44,0 % и 20,0 %).

Предвестники дебюта (по данным ретроспективного анамнеза) были прослежены только у женщин (37,1 %), возникали на разных временных этапах доклинического периода заболевания и характеризовались значительным клиническим полиморфизмом, нестойкостью, быстротой появления и исчезновения.

Дебют у мужчин преобладал в возрастном диапазоне 21—30 лет (64,0 % и 31,4 %); у женщин — между 31 и 40 годами (37,2 % и 12 %).

Структура дебютов у мужчин характеризовалась преобладанием быстрых (64,0 % и 48,6 %) и реже — молниеносных (36,0 % и 25,7 %) темпов формирования клинической симптоматики при отсутствии постепенного ее развития; моносиндромных дебютов (60,0 % и 37,1 %), которые чаще, чем у женщин, сочетались с полными (68,0 % и 51,4 %) и короткими (41,2 % и 31,2 %) клиническими ремиссиями после первой атаки. У женщин, в отличие от мужчин, преобладали олигосиндромные дебюты (2—3 синдрома) (45,7 % и 28,0 %), в структуре которых чаще наблюдались нарушения чувствительной сферы (51,4 % и 32,0 %), наличие различных темпов формирования клинической симптоматики, включая постепенные (20,0 %), неполные клинические ремиссии после дебюта (48,6 % и 32,0 %) средней продолжительности (43,7 % и 23,5 %). Вместе с тем, такие важные характеристики дебютов, как тяжесть (легкая средняя, тяжелая) и продолжительность (короткая, средняя, длительная), не имели достоверных гендерных различий.

Таким образом, гендерные отличия в структуре дебютов при рецидивирующем течении рассеянного склероза носят избирательно-дифференцированный характер и свидетельствуют о различных механизмах формирования клинической симптоматики на начальных этапах заболевания у мужчин и женщин. Полученные данные следует учитывать в диагностике и разработке лечебных рекомендаций на начальных этапах РТ РС у лиц разного пола.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

*Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Т. Н. Ткачева,
И. К. Гапонов, Т. Г. Воробьева, Л. И. Вельковская*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: рассеянный склероз, рецидивирующее течение, гендерные различия

С целью изучения гендерных различий при рецидивирующем течении рассеянного склероза (РТ РС) анализировали клиническую структуру рецидивов, включая их тяжесть, длительность, темпы формирования неврологической симптоматики, полноту клинических ремиссий между разными рецидивами у 49 больных (17 мужчин и 32 женщин). Всего проанализировано 200 рецидивов (у женщин — 120, у мужчин — 80).

Результаты проведенного исследования показали, что в периоды рецидивов неврологическая симптоматика у лиц разного пола развивалась преимущественно быстро (76,5 % у мужчин и 84,4 % у женщин) и постепенными (35,3 % у мужчин и 53,1 % у женщин) темпами. Однако у женщин, в отличие от мужчин, чаще наблюдалось чередование быстрых и постепенных темпов при разных рецидивах.

Легкие рецидивы у лиц мужского (88,2 %) и женского (87,5 %) пола преобладали над рецидивами средней тяжести (70,5 % у мужчин и 56,2 % у женщин) и особенно тяжелыми (17,6 % у мужчин и 9,4 % у женщин). Вместе с тем, общая частота тяжелых и средней тяжести рецидивов на протяжении всего рецидивирующего этапа заболевания превалировала у лиц мужского пола, тогда как чередование рецидивов разной степени тяжести — у женщин. Продолжительность рецидивов как у мужчин, так и у женщин была либо короткой (82,5 % у мужчин и 71,8 % у женщин), либо умеренной (70,5 % у мужчин и 71,8 % у женщин); длительные рецидивы встречались относительно редко (29,4 % у мужчин и 25,0 % у женщин). Однако, у мужчин чаще, чем у женщин прослеживалась корреляция между тяжестью и длительностью рецидивов, а у женщин, чаще наблюдалось альтернирующее чередование рецидивов разной продолжительности (71,9 % и 58,8 %).

В течение всего этапа рецидивирования неполные клинические ремиссии между разными рецидивами преобладали над полными как у мужчин (82,3 %), так и у женщин (87,5 %). Однако у мужчин (11,7 %) чередование полных и неполных клинических ремиссий происходило почти в три раза реже, чем у женщин (31,2 %).

Таким образом, отличительной гендерной особенностью РТ РС является преобладание чередования темпов формирования клинической симптоматики при разных рецидивах, а также их тяжести и длительности у женщин. По нашему мнению, чередование различных показателей в структуре разных рецидивов при рецидивирующем течении РС следует рассматривать как адаптивный феномен, создающий более оптимальные условия для компенсации церебральных и иммунных гомеостатических механизмов за счет их устойчивого неравновесия. Это положение согласуется с вероятностным прогнозом РТ РС, которое у женщин в дальнейшем носит более благоприятный характер.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРЕМОРБИДНОГО АНАМНЕЗА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

*Н. П. Волошина, Л. П. Терещенко, Т. В. Негреба, Т. Н. Ткачева,
И. К. Гапонов, Т. Г. Воробьева, Л. И. Вельковская*
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: рассеянный склероз, рецидивирующее течение, гендерные различия

Изучены гендерные особенности преморбидного анамнеза при рецидивирующем течении рассеянного склероза (РТ РС) у 60 больных (25 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст — 37,6 года).

Преморбидный анамнез изучали ретроспективно с помощью специально разработанной анкеты (авторское свидетельство № 8675 от 31.10.2003 г.), которая включала особенности ante-, peri-, постнатального периода, характер питания в раннем детском возрасте, реакции на прививки, производственные вредности, миграционный фактор, нередко обуславливающий риск возникновения РС относительно зоны предыдущего проживания (при переезде после 15 лет). Особую роль на преморбидном этапе играют перенесенные заболевания (детские инфекции, часто рецидивирующая ЛОР-патология, оперативные вмешательства, черепно-мозговые травмы тяжелой и средней степени тяжести и др.), которые с большой вероятностью повышают проницаемость гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и создают реальные предпосылки для формирования аутоиммунного демиелинизирующего процесса.

Проведенное исследование показало, что:

— осложнения перинатального периода, способствующие формированию недостаточности защитной функции ГЭБ, преобладают у лиц мужского пола (73,3 % и 55,5 %);

— неполовое грудное вскармливание, понижающее устойчивость мембранных структур нейронов к повреждающим факторам за счет нарушения обмена эссенциальных фосфолипидов, встречается более чем у половины больных без значимых гендерных различий (56,6 % у женщин и у 53,5 % мужчин);

— осложнения после прививок в виде гипертермии и аллергических реакций были выявлены у 40,0 % женщин и у 44,4 % мужчин;

— производственные и бытовые вредности отмечены у 17,7 % женщин и у 20,6 % мужчин;

— миграционный фактор существенно превалировал у мужчин (соответственно 44,4 % и 23,4 %);

— инфекционные заболевания, включая корь (37,1 % и 16,0 %), ветряную оспу (57,1 % и 20,0 %), герпес (42,8 % и 16,0 %), ангины (74,3 % и 44,0 %), отогенные (48,6 % и 24,0 %) и синусогенные (31,4 % и 20,0 %) процессы значительно преобладали у женщин.

Таким образом, инфекции и эмоционально-стрессовые ситуации у женщин и ante-, перинатальная патология и миграция у мужчин носят гендерно опосредованный характер, тогда как реактивность на прививки, особенности грудного вскармливания, бытовые и производственные вредности не имеют гендерных отличий.

УДК 616.8-08

ОБЩИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н. П. Волошина, О. В. Егоркина, А. И. Михайлов

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины», г. Харьков*

Ключевые слова: нейродегенеративные заболевания, механизмы развития

Как мы знаем, гибель нейронов является необратимым процессом как при воспалительных демиелинизирующих заболеваниях, ярким представителем которых является рассеянный склероз, так и при других «классических» прогрессирующих нейродегенеративных заболеваниях (НДЗ) — болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз (БАС) и т. д. При этом клиническое проявление болезни при «классических» нейродегенеративных состояниях проявляется тогда, когда 60—70 % нейронов соответствующей области поражения уже безвозвратно утеряны. Таким образом, при НДЗ нельзя воспользоваться уникальным «терапевтическим окном», в котором может использоваться терапия, замедляющая развитие заболевания и предотвращающая быстрое прогрессирование неврологических нарушений. Не существует и определенного резерва времени, который необходим для достижения того порога, когда объем погибших нейронов приводит к нарастающей инвалидизации. В настоящий момент этиология НДЗ не

выяснена, в связи с чем нет специфической этиотропной терапии. На современном этапе достигнут большой прогресс в понимании механизмов формирования патологических процессов, обуславливающих поражение нервной системы при различных НДЗ, повреждениях и старении. Сформулирован общий биологический подход в изучении их патогенеза. В результате исследований представлены общие механизмы развития нейродегенеративного процесса. К ним относятся: «митотическая катастрофа», эксцитотоксичность, окислительный стресс, митохондриальная дисфункция, воспалительная реакция, дефицит НТФ (это, в первую очередь, CNTF-цилиарный нейротрофический фактор, GNTF-глиальный нейротрофический фактор, BDNF — нейротрофический фактор мозга, NGF — фактор роста нервов, IGF-1 и IGF-2 — инсулиноподобные факторы роста нервов); патология рецепторного аппарата, конформационные превращения белков и их агрегирование, дисбаланс протеолитических систем, нарушение аксонального транспорта и активации микроглии.

Таким образом, развитие НДЗ включает разнообразные патологические каскады, тесно связанные между собой и потенцирующие друг друга. Нет ни одной внутриклеточной системы, которая не была бы вовлечена в патологический процесс (это рецепторы, ионные каналы, митохондрии, эндоплазматические ретикулы, везикулярный и аксональный транспорт, ядро клетки). Более того, в процесс вовлечены как мотонейроны, так и соседние глиальные клетки (астроглия, микроглия), без участия которых не наблюдается развитие прогрессирования патологического процесса. Следует отметить, что многие изученные пути поражения нервной системы являются избыточным выражением существующих в рамках нормального гомеостаза реакций, что может быть обусловлено как экзогенными, так и эндогенными причинами. При этом характерные для каждого заболевания клиническая и морфологическая феноменология выражаются повреждением определенных клеточных популяций: накопление липофусцина (при старении и БАС); нейрофибрилярная дегенерация (чаще при болезни Альцгеймера); амилоидные отложения β -амилоид (чаще при болезни Альцгеймера); убиквитиновые включения (БАС, паркинсонизм); тельца Леви (болезнь Паркинсона); нейрональные гиалиновые включения (БАС, мультисистемная атрофия, болезнь Паркинсона).

Успех в понимании механизмов нейродегенерации — это один из вопросов определения тактики лечения. Необходимо выработать единый подход к длительности и дозировке назначения препаратов, влияющих на изменения патогенетического сценария болезни. Немалое значение имеет своевременное назначение не только патогенетической и симптоматической терапии, но и своевременное назначение реанимационных мероприятий для коррекции жизненно важных функций и поиск неинвазивных препаратов, позволяющих длительно удерживать витальные функции.

УДК 616.988.23-07-08

ДО ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ В'ЯЛИХ ПАРАЛІЧІВ У ДІТЕЙ

А. Л. Горб

КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня»

Ключові слова: діти, параліч, поліомієліт, полірадікулоневропатії

У клініці інфекційних захворювань «гострий в'ялий параліч» (ГВП) найбільш часто асоціюється з паралітичними формами поліомієліту. Згідно з Глобальною програмою ліквідації поліомієліту, прийнятою ВООЗ, в умовах спорадичної захворюваності на поліомієліт введено систему епідеміологічного контролю за всіма хворобами, які супроводжуються гострим в'ялим парезами та паралічами у дітей до 15 років.

При високій якості епідеміологічного контролю частота діагностованих ГВП повинна складати не менше одного випадку на 100 тис. дітей, при цьому у 80 % випадків повинні бути відібрані 2 проби фекалій з інтервалом 24—48 годин для вірусологічного обстеження.