

12. Keay S.D., Liversedge N.H., Mathur R.S. et al. Assisted conception following poor ovarian response to gonadotrophin stimulation. British J. Obstet. Gynec. 2007. May. 144. - P. 521-527.
13. Uterine factors and infertility. Sanders BJ Rcpod Med 2006; 51:3: 169-176/
14. Jinno M., Ozaki T., Iwashita M., Nakamura Y. Measurement of endometrial tissue blood flow: a novel way to assess uterine receptivity for implantation. Fertil Steril, 2011; 76: 6: 1168- 1174.

Исматил З.О.,
Хакимова С.З.,
Расулова Ф.М.
Сатторов А.А.

УДК 616.831.018.036.055.1.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии

Резюме:

Приведены результаты собственных обследований больных: мужчин-38 и женщин-52 с дисциркуляторной энцефалопатией на ранней стадии заболевания. Проведен анализ вегетативных показателей у данных пациентов, который показал о преобладании вегетативной дисфункции у женщин при различных заболеваниях и наличии разной направленности вегетативного тонуса у мужчин. Именно всесторонняя оценка своеобразия клинической картины и течения заболевания у пациентов разного пола дает возможность врачу совершенствовать раннюю диагностику и планировать дифференцированные подходы к лечению.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, нарушение мозгового кровообращения, доинсультные заболевания головного мозга.

Comparative evaluation of neurological symptoms and syndromes with vascular encephalopathy in patients with early-stage disease.

Ismati Z.O., Hakimova S.Z., Rasulova F.M., Sattarov A.A.

The department of neurology, neurosurgery, traumatology and orthopedics.

Summary:

Contains the results of surveys of patients: 38 men and 52 women with circulatory encephalopathy in the early stages of the disease. Analysis of vegetative parameters in these patients, which showed the predominance of autonomic dysfunction in women with different diseases and the presence of different direction autonomic tone in men. It is a comprehensive evaluation of the clinical picture and the identity of the disease in patients of different sexes allows the doctor to improve early diagnosis and plan for differentiated approaches to treatment.

Дисциркулятор энцефалопатия эрта боскичларида неврологик симптом ва синдромларни беморларда кийин бахоланиши.

Исматил З.О., Хакимова С.З., Расулова Ф.М., Сатторов А.А.

Неврология, нейрохирургия, травматология ва ортопедия кафедраси.

Хулоса:

Дисциркулятор энцефалопатиянинг эрта боскичларида 38та эркак ва 52та аёлларда текширувлар олиб борилади. ДЭ эрта боскичда вегетатив курсаткичлар натижаси жинс буйича тахлил қилинганда, аёлларда турли хил касалликларда вегетатив дисфункциянинг устун қилиши, эркакларда эса вегетатив тонуснинг турлича йўналишларда узғариши ва қон томир системаси патологияси фониди ҳам қилиб чиқиши аниқланган. Турли жинсли беморларда касаллик кечиши ва клиник қуриниши хилма-хиллиги, врачларга эрта диагноз қўйиш ва планли дифференциал даволашга ундайди.

Актуальность проблемы.

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) - прогрессирующее многоочаговое или диффузное поражение головного мозга, обусловленное хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторяющимися эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения и клинически проявляющееся неврологическими, нейропсихическими и/или психическими нарушениями (деменцией) (№2).

Клинические и диагностические

аспекты ДЭ в настоящее время интенсивно исследуются (№8). Однако, особенности ранних клинических проявлений ДЭ у мужчин и женщин, а также влияние полового диморфизма на церебральную гемодинамику и структурные изменения вещества головного мозга больных, остаются мало изученными. Между тем, именно всесторонняя оценка своеобразия клинической картины и течения заболевания у пациентов разного пола дает возможность врачу совершенствовать раннюю диагностику и

планировать дифференцированные подходы к лечению (№4).

Материалы и методы. Данные о представленности неврологических симптомов, выявленных при традиционном неврологическом исследовании у пациентов с ДЭ, приведены в таблице 1, из которой следует, что их большинство (вялость зрачковых фотореакций, слабость конвергенции и аккомодации, нистагм, анизорефлексия и патологические рефлекс)

сы, нарушения равновесия и координации движений конечностей) у мужчин и женщин наблюдались примерно с одинаковой частотой. При этом на более продвинутой II-ой стадии ДЭ, по сравнению с I-ой стадией заболевания, у пациентов обоего пола большинство выше указанных симптомов регистрировалось

статистически значимо чаще ($p<0,01$, $p<0,05$) и выраженность их была более значительной. Такие неврологические симптомы, как повышение тонуса по пирамидному и пластическому типу, а также функциональная недостаточность VII и XII пар черепных нервов, выявлялись только на II-ой стадии заболевания без достоверных половых

различий. Однако, как на I-ой стадии ($p>0,05$), так и на II-ой стадии ДЭ ($p<0,05$) у женщин чаще, чем у мужчин, наблюдалась диссоциация коленных и ахилловых рефлексов, а пациенты-мужчины отличались от женщин большей представленностью рефлексов орального автоматизма.

Таблица 1

Частота встречаемости неврологических симптомов у мужчин и женщин с ДЭ (абс., %)

Неврологические симптомы	ДЭв (n=90)	Группы обследованных				
		ДЭ I стадии (n=29)		ДЭ II стадии (n=61)		
	м(п=38)	ж(п=52)	м(п=9)	ж(п=20)	м(п=29)	ж(п=32)
Вялость зрачковых фото-реакций	36-75,0	52-72,2	4-44,4	16-53,3	32-82,1°	36-85,6°
Слабость конвергенции и/или аккомодации	37-77,7	56-79,2	6-66,7	20-66,7	31-79,5	37-88,1°
Нистагм	35-72,9	52-72,2	4-44,4	15-50,0	31-79,5°	37-88,1°
Центральный парез VII и/или XII нервов	19-39,6	20-27,8	-	-	19-48,7	20-47,6
Повышение тонуса мышц:						
- по пирамидному типу	11-22,9	6-12-16,7	-	-	11-28,2	6-15,4
- по пластическому типу	12,5	16,7	-	-	12-28,6	12-28,6
Изменение рефлексов:						
- диссоциация коленных и ахилловых рефлексов	12-45,8	14-	2-22,2	16-53,3	5-13-	14-
- анизорефлексия	9,2	48-66,7*	1-11,1	16,7	4-3,3	3,3
- патологические рефлексы конечностей	15-1,3	26,4 19-26,4	1-11,1	13,3	14-5,9	15-5,7
Рефлексы орального автоматизма						
Неустойчивость в позе Ромберга	40-83,3	43-59,7**	5-55,6	13-43,3	35-89,7%°	30-71,4*°
Нарушение координации движений в конечностях	36-75,0	53-73,6	4-44,4	16-53,3	32-82,1%°	37-88,1°
	» 31-64,6	49-68,1	3-33,3	14-46,7	28-71,8°	35-83,3°

Выраженность неврологической симптоматики по шкале №8 при прогрессировании заболевания достоверно ($p<0,01$) нарастала, составляя у женщин и мужчин с ДЭ I стадии соответственно $3,1 \pm 0,1$ и $2,9 \pm 0,3$ балла, а на II-ой стадии ДЭ - $6,0 \pm 0,2$ и

$5,8 \pm 0,2$ балла ($p<0,01$). В тоже время статистически значимых половых различий в выраженности неврологической симптоматики по данной шкале у пациентов на ранних стадиях ДЭ не обнаружено. При сопоставлении частоты

выявления характерных для ранних стадий ДЭ клинических синдромов у обследованных пациентов мужского и женского пола достоверных различий не выявлено (таблица 2).

Таблица 2

Представленность клинических неврологических синдромов у мужчин и женщин с ДЭ (абс., %)

Неврологические синдромы	Группы обследованных					
	ДЭ 1 стадии (n=29)					
	ДЭ в целом (n=90)		ДЭ II стадии (n=61)			
	м(п=38)	ж(п=52)	м (п=9)	ж(п=20)	м(п=29)	ж(п=32)
Астенический	44-91,7	65-90,3	6-66,7	23-76,7	39-100,0 ^{oo}	42-100,0 ^{oo}
Вестибулярно- атактический	13-20,8	15-20,8	1-11,1	2-6,7	12-30,8	13-31,0
Лобная диспраксия ходьбы	6-12,5	11-15,3	-	-	6-15,4	11-26,2
Амиостатический	6-12,5	12-16,7	-	-	6-15,4	12-28,6
Пирамидный	13-27,1	14-19,4	-	-	13-33,3	14-33,3
Псевдобульбарный	10-20,8	8-11,1	-	-	10-25,6	8-19,0

Как следует из приведенных в 2). таблице 2 данных, астенический синдром определялся у большинства обследованных мужчин и женщин с ДЭ; долей, поражением белого вещества и при переходе заболевания от 1-ой стадии ко II-ой представлено головным мозгом с ниже лежащими структурами (таламус, мозжечок, достоверно ($p<0,01$) нарастала, что лимбическая, окципитальная и соответствует данным литературы. парietальная кора), относительное Остальные синдромы, отражающие преобладание лобной диспраксии у наличие у больных хронической пациентов с ДЭ женского пола, цереброваскулярной недостаточности, вероятно, может в значительной были представлены в основном на продвинутой (II-ой) стадии ДЭ и, согласно данным литературы, могут быть обусловлены диффузными и очаговыми изменениями ткани мозга, что подтверждалось при нейровизуализационном (МР-томографическом) обследовании пациентов. отличались от женщин (19,0%) некоторым ($p>0,05$) преобладанием

При сравнительном анализе представленности выявленных клинических синдромов у мужчин и женщин достоверных различий не установлено. Однако обращает внимание достаточно четкое, хотя и не достигающее статистической значимости, преобладание проявлений лобной диспраксии ходьбы (замедленность походки, укорочение и неравномерностью шага, затруднение в начале движений, неустойчивость при поворотах и увеличение площади опоры) у женщин с ДЭ II стадии (26,2% при 15,4% у мужчин, $p>0,05$) (таблица

мужчин может объясняться большей выраженностью и частотой очаговых ишемических изменений вещества головного мозга в соответствующих отделах по данным МР-томографии головного мозга.

Вегетативная дисфункция (ВД) выявлена по анкете ММА им. Сеченова у всех обследованных пациентов с ДЭ и проявлялась в основном кардиоваскулярными и респираторными нарушениями. Из представленных в таблице 3, количественных данных следует, что выраженность ВД у женщин с ДЭ был достоверно выше, чем у мужчин, как по опроснику (соответственно $39,3\pm 0,8$ и $23,2\pm 1,0$ балла, $p<0,01$), так и по клиническим симптомам (соответственно $46,1\pm 1,1$ и $39,6\pm 1,4$ балла, $p<0,01$). Это различие между мужчинами и женщинами сохраняло статистическую значимость как на I-ой, так на II-ой стадии ДЭ ($p<0,01$, $p<0,05$). На более продвинутой II-ой стадии заболевания, по сравнению с I-ой стадией, выраженность ВД по второй части анкеты (клинические симптомы) у пациентов обоего пола достоверно снижалась ($p<0,01$, $p<0,05$), что согласуется с ранее отмеченной тенденцией к уменьшению вегетативных расстройств у больных с ДЭ по мере нарастания органического поражения мозга.

Таблица 3

Показатели выраженности ВД у мужчин и женщин с ДЭ (в баллах, $M \pm m$)

Тест	Группы обследованных			
	ДЭ в целом (n=90) м(п=38) ж(п=52)	ДЭ I стадии (n=29) м(п=9) ж(п=20)	ДЭ II стадии (n=61) м(п=29) ж(п=32)	
Анкета ММА им. Сеченова: -1 часть.				
Опросник;	23,2±1,0	25,9±1,6	22,6±1,1	38,4±1,1**
- II часть. Клинико-симптомные	39,6±1,4	44,7±1,9	38,4±1,6°	43,3±1,5*, °°

Результаты оценки направленности и степени изменений вегетативного тонуса в сердечно-сосудистой системе по индексу Кердо представлены в таблице 4, из которой следует, что в покое в дневное время как на I-ой, так на II-ой стадии ДЭ у мужчин достоверно преобладал парасимпатический тонус, а у женщин - симпатическая активация ($p < 0,01$, $p < 0,05$), что, возможно, является проявлением переживаемой ими тревоги или тревожно-депрессивных расстройств. При прогрессировании заболевания у женщин продолжал нарастать симпатический, а у мужчин - парасимпатический тонус ($p < 0,01$, $p < 0,05$).

Таблица 4

Значения индекса Кердо и частота выявления изменений вегетативного тонуса в сердечно-сосудистой системе у мужчин и женщин с ДЭ (абс., %, $M \pm m$).

Показатели	Группы обследованных			
	ДЭ в целом 90 (n = 90) м(п=38) ж(п=52)	ДЭ I стадии (n=29) м(п=9) ж(п=20)	ДЭ II стадии (n=61) м(п=29) ж(п=32)	
	-12,8±1,1	7,7±1,2**	-8,3±2,4	3,8±2,3** 14,0±1,2° 10,6±1,0*°
Вегетативный индекс Кердо	46-95,8%	15-0,8**	7-77,8%	11-36,7* 39-100,0° 4-9,5**, °°
Число пациентов с ваготонией	2-4,2	57-9,2**	2-22,2	19-63,3*
Число пациентов с симпатикотонией				- 38-90,5**, °°

Выводы. В целом, результаты анализа вегетативных показателей на ранних стадиях ДЭ подтверждают данные литературы о преобладании вегетативной дисфункции у женщин при различных заболеваниях и наличии разной направленности вегетативного тонуса у мужчин и женщин с развившейся патологией сердечно-сосудистой системы. Именно всесторонняя оценка своеобразия клинической картины и течения заболевания у пациентов разного пола дает возможность врачу совершенствовать раннюю диагностику и планировать дифференцированные подходы к лечению.

Литература:

- Бойко, А. Н. Хроническая ишемия мозга (дисциркуляторная энцефалопатия) [Текст] / А. Н. Бойко, Т. В. Сидоренко, А. А. Кабанов // Consilium medicum. - 2009. - Т. 6, № 8. - С. 598 - 601.
- Гафуров, Б. Г. Состояние неспецифических систем мозга при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга и дисциркуляторной энцефалопатии [Текст] / Б. Г. Гафуров, Б. С. Бусаков // Журнал невропатологии и психиатрии. • 2012. - Т. 92. - № 1, - С. 38-40.
- Дамулин, И. В. Дисциркуляторная энцефалопатия [Текст]: методические рекомендации / И. В. Дамулин, В. В. Захаров. ? под ред. Н. Н. Яхно. - М. : РКИ Северо-пресс, 2011. - 32 с.

4. Дамулин, И. В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение [Текст]: методические рекомендации / И. В. Дамулин. - М.: Медиа Сфера, 2010.-48 с.
3. Дамулин, И. В. Когнитивные и двигательные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии и сосудистой деменции [Текст] / И. В. Дамулин // Врач. - 2010. - №11. - С. 3 - 6.
6. Данилов, Ал. Б. Проблема пола в неврологии [Текст] / Ал. Б. Данилов // Избранные лекции по неврологии / под ред. В. Л. Голубева. - М.: Эйдос Медиа, 2005.-С. 81-103.
7. Дисциркуляторная энцефалопатия [Текст] / под ред. В. И. Головкина. - СПб. : РИФ «Роза мира», 2009. - 224 с.
8. Чуканова, Е. И. Влияние Церебролизина на прогрессирование и развитие инсультов у больных с дисциркуляторной энцефалопатией [Текст] / Е. И. Чуканова // Русский медицинский журнал. - 2006. — Т. 14, № 9. - С. 1 - 6.
9. Чельшева, И. А. Характеристика церебральной гемодинамики при дисциркуляторной энцефалопатии [Текст] / И. А. Чельшева // Неврологический журнал. - 2009. - № 3. - С. 22 - 24.
10. Blumenthal, S. J. Women's mental health: The new national focus [Text] // S. J. Blumenthal // Ann. NY Acad. Sei. - 2012. - Vol. 789.-P. 1 - 16.
11. Bove, G. Pressure pain threshold and pain tolerance¹ in episodic tension-type headache do not depend on the presence of headache [Text] / G. Bove, N. Nilsson // Cephalalgia.-2009.-Vol. 19.-P. 174-178.
12. Late-onset chronic inflammatory encephalopathy in immune-competent and severe combined immune-deficient (SCID) mice with astrocyte-targeted expression of tumor necrosis factor [Text] / J/K. Stalder [et al.]/ Am J Pathol. - 2008. - Vol. 153, № 3. - P. 767- 783.