

УДК 616.832-004.2-055.1-055.2-036

*Н. П. Волошина, д-р мед. наук, проф., зав. отделом нейроинфекций и рассеянного склероза, Т. В. Негреба, Л. П. Терещенко, Т. Н. Ткачева, И. К. Гапонов, Т. Г. Воробьева, Л. И. Вельковская*  
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО АНАМНЕЗА И ДЕБЮТОВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Изучены гендерные особенности при рецидивирующем течении рассеянного склероза у 60 больных с учетом преморбидного этапа и клинической структуры дебютов.

Проведенные исследования свидетельствуют о сложных и дифференцированных взаимоотношениях между клиническими показателями, характеризующими преморбидный анамнез, факторами риска, предшествующими клинической манифестации заболевания, и клинической структурой дебютов у лиц разного пола. На преморбидном этапе, по данным анамнеза, у женщин в отличие от мужчин, преобладают предвестники дебюта, высокий инфекционный индекс, герпетические инфекции и ЛОР-патология. Клиническая структура дебютов характеризуется существенными гендерными различиями с преобладанием у мужчин более быстрых темпов формирования манифестной клинической моносиндромной симптоматики, полных и коротких клинических ремиссий после дебюта; у женщин, в отличие от мужчин, преобладает олигосиндромная симптоматика с нередкими постепенными темпами ее формирования, неполными клиническими ремиссиями после дебюта средней продолжительности.

**Ключевые слова:** *рассеянный склероз, рецидивирующее течение, гендерные различия, дебют, преморбидный анамнез.*

Рассеянный склероз (РС) является одним из самых тяжелых прогрессирующих заболеваний центральной нервной системы (ЦНС), которое поражает преимущественно молодых людей, включая детей. За последние 20 лет в понимании природы РС во всем мире достигнуты значительные успехи благодаря системному изучению особенностей распространенности РС в разных регионах планеты, факторов риска, генетических особенностей, механизмов нарушений нейроиммунного взаимодействия, экспериментальных моделей в виде аутоиммунного энцефаломиелита, вариативности разных типов течения, прижизненной визуализации мозга с помощью магнитно-резонансной (МРТ) и позитронно-эмиссионной томографии, а также совершенствованию методов патогенетической терапии и медико-социальной реабилитации [1—14].

Вместе с тем, практически отсутствуют данные о патогенезе РС у лиц разного пола. Известно, что женщины в 1,5—2 раза чаще болеют РС, однако у мужчин преобладают более неблагоприятные формы заболевания с первично-прогредиентным вариантом течения. С учетом особенностей гормонально-эндокринных и нейроиммуноэндокринных механизмов функционирования мозга и организма в целом, следует полагать, что гендерные особенности вносят существенный вклад в патогенез РС [15—18].

В связи со сказанным выше, целью настоящей работы явилось изучение гендерных особенностей преморбидного этапа заболевания, факторов риска, непосредственно предшествующих клинической манифестации

заболевания, и клинической структуры дебютов при рецидивирующем течении РС.

В работе проведен всесторонний анализ преморбидных анамнестических данных и клинических особенностей дебюта. Учитывались заболевания, перенесенные на доклиническом этапе; факторы риска, непосредственно предшествующие клинической манифестации дебюта; частота и спектр клинических предвестников дебюта, их временные параметры; частота встречаемости и клиническая структура ведущих синдромов дебюта; темпы развития дебюта, его тяжесть и продолжительность; длительность и полнота ремиссий после дебюта.

Всего в динамике путем проспективного наблюдения обследовано 60 больных, в том числе 25 мужчин и 35 женщин. Возраст мужчин был в диапазоне от 22 до 53 лет (средний возраст — 32,7 года), женщин — от 19 до 59 лет (средний возраст — 37,6 года). Манифестация клинической симптоматики у мужчин проявлялась между 11 и 41 гг. (средний возраст дебюта — 24,2 года), у женщин позднее — между 13 и 51 гг. (средний возраст дебюта — 29,7 года). Эти возрастные различия достоверно прослеживаются в таблице 1. Как видно из таблицы, мужчины заболевают в 2 раза чаще женщин в возрастном диапазоне 21—30 лет, тогда как женщины в 3 раза чаще между 31—40 годами.

*Таблица 1*  
**Возрастные особенности дебюта у мужчин и женщин при рецидивирующем течении РС (в процентах)**

Возраст	Мужчины (n = 25)	Женщины (n = 35)
до 20 лет	20,0	20,0
21—30 лет	64,0	31,4
31—40 лет	12,0	37,2
Старше 40 лет	4,0	11,4

*Примечание.* Здесь и далее n — количество больных

Длительность болезни у мужчин составила от 6 месяцев до 21 года (средняя длительность — 7,6 года), в том числе до 1-го года — 3 больных; от 1 до 5 лет — 10 больных; от 6 до 10 лет — 4 больных; свыше 10 лет — 8 больных (из которых у 3-х заболевание длится более 20 лет); у женщин длительность заболевания варьировала от 1 до 27 лет (средняя длительность — 7,9 года) в том числе от 1 до 5 лет — 17 больных, от 6 до 10 лет — 10 больных, свыше 10 лет — у 8 больных (из которых у 5 свыше 15 лет).

Преморбидный анамнез и факторы риска, предшествующие началу заболевания, изучались ретроспективно с помощью разработанной в отделении нейроинфекций и РС ГУ ИНПН АМНУ анкеты-опросника для больных с РС [19]. Анкета заполнялась врачом

Волошина Н. П., Негреба Т. В., Терещенко Л. П., Ткачева Т. Н., Гапонов И. К., Воробьева Т. Г., Вельковська Л. І., 2010

при непосредственном опросе больного и/или его родственников.

Анамнестический блок анкеты включал в себя наиболее значимые факторы риска, создающие возможные предпосылки для развития будущего демиелинизирующего процесса.

Ретроспективно изучались ранний детский анамнез, включая особенности анте-, пери- и постнатального периода, характер питания в раннем детском возрасте, реакции на прививки, условия жизни и ряд др.

Известно, что 60—80 % заболеваний нервной системы у взрослых «глубоко уходят корнями в детский возраст». В этот период (преимущественно до 2-х лет) процесс миелинизации нервной системы происходит особенно интенсивно и любые неблагоприятные условия могут способствовать формированию недостаточности защитной функции гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). В связи со сказанным выше учитывались осложнения во время беременности матери пациента (угроза прерывания беременности, токсикоз, иммуноконфликт, анемия, внутриутробное инфицирование) и в период родов (слабость родовой деятельности, применение пособий, экстренного кесарева сечения, низкая оценка новорожденного по шкале Апгар, обвитие пуповиной и т. п.). Осложнения перинатального периода встречались у 73,3 % обследованных женщин и у 55,5 % мужчин. Особое внимание уделялось питанию в детском возрасте (начало и сроки грудного вскармливания, длительность и причины искусственного вскармливания различными смесями, возраст введения прикорма, наличие аллергических реакций и ряд др.). Недостаточным грудным вскармливанием мы считали смешанное или искусственное вскармливание, которое было начато в возрасте до 6 месяцев. Важность выделения этого фактора объясняется тем, что отсутствие грудного вскармливания нарушает обмен эссенциальных фосфолипидов. Их дефицит, в свою очередь, приводит к слабому развитию и приобретенной слабости миелинового слоя, а недостаточное поступление линоленовой и арахидоновой кислот (полиненасыщенных жирных кислот) плохо влияет на процесс формирования нервной системы, функции сетчатки и на общий интеллектуальный уровень. Таким образом, полноценная диета способствует повышению устойчивости мембранных структур к повреждающим факторам и обеспечивает оптимальное функционирование ЦНС. По результатам проведенного исследования у 56,6 % женщин и у 53,5 % мужчин больных РС отмечалось неполноценное грудное вскармливание и высокий уровень аллергизации. Осложнения после прививок в виде гипертермии и аллергических реакций были выявлены у 40,0 % женщин и у 44,4 % мужчин.

В анкете учитывались также условия жизни на момент развития болезни, вредные привычки, производственные вредности, миграционный фактор, нередко обуславливающий риск возникновения РС относительно зоны предыдущего проживания (при переезде после 15 лет). По нашим данным, производственные и бытовые вредности отмечены у 17,7 % женщин и у 20,6 % мужчин, тогда как миграционный фактор существенно превалировал у мужчин (соответственно 44,4 % и 23,4 %).

К факторам риска у больных РС следует отнести различные заболевания, перенесенные на преморбидном этапе. Преморбидный анамнез, играющий существенную провоцирующую роль в инициации первых симптомов заболевания, свидетельствует о разной частоте перенесенных детских инфекций, ЛОР-патологии, соматических

заболеваний, оперативных вмешательств, черепно-мозговых травм, поливалентных аллергических реакций (табл. 2). Как видно из таблицы, инфекционный индекс преобладает у женщин. Особенно это относится к таким заболеваниям как корь, ветряная оспа, герпетические инфекции, ЛОР-патология, которые в сочетании с преобладанием оперативных вмешательств и аллергических реакций создают реальные предпосылки у женщин к более раннему, чем у мужчин, прорыву ГЭБ.

Таблица 2

**Характеристика гендерных отличий по данным анамнеза при рецидивирующем течении РС (в процентах)**

Перенесенное заболевание	Мужчины (n = 25)	Женщины (n = 35)
Корь	16,0	37,1
Краснуха	28,0	31,4
Ветряная оспа	20,0	57,1
Паротит	12,0	22,8
Герпес	16,0	42,8
Гепатит (болезнь Боткина)	—	8,6
Ангины (частые)	44,0	74,3
Отогенные процессы	24,0	48,6
Синусогенные процессы	20,0	31,4
Тяжелые пневмонии	—	11,4
ОРВИ (частые)	32,0	25,7
Анте- перинатальная патология	—	28,6
Аллергические реакции	8,0	25,7
Соматическая хроническая патология	56,0	57,1
Оперативные вмешательства	24,0	62,8
ЧМТ + спинальные травмы	40,0	31,5

Примечания: ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция, ЧМТ — черепно-мозговая травма

Предвестники дебюта (с учетом ретроспективного анамнеза) были прослежены только у женщин (37,1 %). Они характеризовались значительным полиморфизмом, нестойкостью, быстротой появления и исчезновения и включали в себя значительный спектр клинических проявлений в виде преходящих астенических состояний, головных болей различной локализации, политопических сенсорных нарушений (парестезии, дизестезии, гиперпатии, ощущения зуда, жжения, полирадикулярные и/или корешковые болевые феномены), вестибулярного симптомокомплекса, фотопсий, эпизодических кратковременных сфинктерных расстройств, ощущения тяжести в ногах и ряд других. В целом же, наличие и синдромологический анализ предвестников дебюта, возникающих на разных временных этапах преморбидного анамнеза обусловлен двумя возможными причинами — субклиническим течением демиелинизирующего процесса разной продолжительности, свидетельствующего о сохранности адаптационно-компенсаторных механизмов церебрального и иммунного гомеостаза и феноменом алекситимии, который, по-видимому, чаще возникает у мужчин, больных РС.

Среди заболеваний, непосредственно предшествующих клинической манифестации дебюта, следует отметить преобладание (в 2 раза) инфекций и эмоционально-стрессовых ситуаций у женщин, тогда как отсутствие видимой причины перед развитием дебюта

зарегістровано в 2 рази частіше у чоловіків. Останнє положення також є косвенним підтвердженням алекситимії, переважаючої у чоловіків (табл. 3).

Таблиця 3

**Характеристика факторів ризику, передшествовавших дебюту, при рецидивуючому теченні РС у чоловіків і жінок (в процентах)**

Фактор ризику	Чоловіки (n = 25)	Жінки (n = 35)
Інфекція	16,0	34,3
Емоціональний стрес	36,0	60,0
ЧМТ і/або спинальна травма	12,0	2,9
Беременність (в тому числі народи, аборт)	—	28,6
Фізичне переутомлення, переохолодження	28,0	20,0
Відсутність очевидної причини	44,0	20,0

У подавляючого більшості хворих обох статей дебют носив моносиндромний і олигосиндромний характер, причому перший варіант переважав у осіб чоловічого статі, а другий — у жіночого. Полісиндромні дебюти зустрічалися достатньо рідко як у чоловіків, так і у жінок (табл. 4).

Таблиця 4

**Характер дебюту у чоловіків і жінок при рецидивуючому теченні РС (в процентах)**

Характер дебюту	Чоловіки (n = 25)	Жінки (n = 35)
Моносиндромний	60,0	37,1
Олигосиндромний (2—3 синдрому)	28,0	45,7
Полісиндромний (більше 4 синдромів)	12,0	17,2

Слід підкреслити, що характер дебюту корелював з його тяжкістю (табл. 5), однак подібна закономірність частіше прослідковувалась у чоловіків. Як видно з таблиць 4 і 5, моносиндромний дебют у осіб чоловічого статі, як правило, відповідав легкій ступеню тяжкості, а олигосиндромний — середньої тяжкості дебюту, тоді як у більшості жінок легка тяжкість відповідавала як моно-, так і олигосиндромним дебютам.

Таблиця 5

**Тяжкість дебюту у чоловіків і жінок при рецидивуючому теченні РС (в процентах)**

Тяжкість дебюту	Чоловіки (n = 25)	Жінки (n = 35)
Легка	68,0	71,4
Середня	32,0	25,7
Тяжка	—	2,9

Розвиток клінічної симптоматики в дебюті у чоловіків відбувалося швидко або миттєво; у жінок, на відміну від чоловіків, частота виникнення швидких і миттєвих темпів була нижче за рахунок появи поступових і в рідких випадках уповільнених темпів формування неврологічного дефіциту (табл. 6).

Таблиця 6

**Темпи розвитку дебюту у чоловіків і жінок при рецидивуючому теченні РС (в процентах)**

Темп розвитку дебюту	Чоловіки (n = 25)	Жінки (n = 35)
Миттєвий (години)	36,0	25,7
Швидкий (не більше 1 тижня)	64,0	48,6
Поступовий (до 4-х тижнів)	—	20,0
Уповільнений (більше 1 місяця)	—	5,7

Временний аналіз першої атаки захворювання як у чоловіків, так і у жінок показав переважання коротких (до 1 місяця) і середніх (до 2-х місяців) по тривалості дебютів (табл. 7).

Таблиця 7

**Довготривалість дебюту у чоловіків і жінок при рецидивуючому теченні РС (в процентах)**

Довготривалість дебюту	Чоловіки (n = 25)	Жінки (n = 35)
Короткий (до 1 місяця)	60,0	48,6
Середній (до 2-х місяців)	28,0	34,3
Довготривалий (більше 2-х місяців)	12,0	17,1

При порівняльній оцінці частоти, вираженості і структури різних симптомів і синдромів дебюту не було виявлено принципових відмінностей у чоловіків і жінок, за винятком незначителю переважання чутливих порушень у осіб жіночого статі (табл. 8).

Таблиця 8

**Синдрому дебюту у чоловіків і жінок при рецидивуючому теченні РС (в процентах)**

Синдром	Чоловіки (n = 25)	Жінки (n = 35)
Пірамідний	32,0	40,0
Чутливий	36,0	51,4
Мозжечковий	32,0	31,4
Стволовий	32,0	37,1
Пораження зорового нерва	28,0	31,4
Порушення функції тазових органів	—	14,3
Синдром хронічної втоми	20,0	17,2
Другі	24,0	20,0

Структура і вираженість пірамідного синдрому у подавляючого більшості хворих характеризувалася нестійкістю, динамічністю, рідким виникненням грубого неврологічного дефіциту, нерідкими асиметриями між ступеню парезу в правій і лівій ногах, швидким відновленням порушених функцій, частими і диференційованими синдромами дисоціації, представленими в різних комбінаціях: між ступеню парезу, з однієї сторони, і наявністю або відсутністю підвищення м'язового тону по спастичному типу, клонусів, патологічних

стопных знаков, брюшных рефлексов, с другой стороны [20]. В основном, в структуре пирамидного синдрома преобладали нерезко выраженные нижние парапарезы, и монопарезы; значительно реже встречались геми- и трипарезы.

Аналогичные диссоциированные и дифференцированные симптомы были обнаружены в рамках мозжечково-атактического синдрома: между степенью и характером нарушений походки, статической атаксией в пробе Ромберга, горизонтальным нистагмом, инкоординацией в конечностях.

В структуре стволовой симптоматики ведущее место занимали глазодвигательные нарушения в виде диплопии в горизонтальной и вертикальной плоскостях с нередкими качественными и количественными асимметриями, а также синдром Парино; значительно реже отмечались сходящееся и расходящееся косоглазие, парезы отводящего нерва, межъядерный офтальмопарез. В целом, глазодвигательные нарушения носили нестойкий характер и успешно регрессировали на фоне адекватного лечения, в частности, глюкокортикоидной пульс-терапии.

В структуре сенсорных нарушений ведущее место занимали субъективные расстройства чувствительности в виде парестезий, дизестезий, гиперпатий, ощущения жжения; реже — корешковых и псевдокорешковых болевых феноменов. Объективные нарушения чувствительности в виде болевых и тактильных гипо- и гипералгезий, гипо- и гиперестезий — проводниковых, сегментарных, по гемитипу были представлены крайне скудно. В целом, как субъективные, так и объективные расстройства чувствительности отличались динамичностью, т. е. носили нестойкий быстропреходящий характер.

Острое, как правило, одностороннее поражение зрительного нерва в виде ретробульбарного неврита возникало у трети больных обоих полов и проявлялось либо в виде изолированного синдрома, либо сочеталось с другой неврологической симптоматикой.

Сфинктерные нарушения оказались малохарактерными для дебюта РС и в единичных случаях возникали у женщин (14,3 %).

Таким образом, анализ клинической структуры дебютов свидетельствует о преобладании легких вариантов течения первой атаки у подавляющего большинства больных с РТ РС, независимо от пола. Как для мужчин, так и для женщин была характерна моно- или олигосиндромная симптоматика, проявляющаяся быстропреходящими, нередко диссоциированными пирамидными синдромами (моно- и парапарезы), негрубыми и нестойкими атактическими расстройствами, глазодвигательными нарушениями, политопическими, преимущественно субъективными сенсорными феноменами, острым односторонним ретробульбарным невритом, редким возникновением сфинктерных компенсированных нарушений у женщин.

Таблица 9

**Полнота клинической ремиссии после дебюта у мужчин и женщин при рецидивирующем течении РС (в процентах)**

Полнота ремиссии	Мужчины (n = 25)	Женщины (n = 35)
Полная клиническая ремиссия	68,0	51,4
Неполная клиническая ремиссия	32,0	48,6

Таблица 10

**Длительность ремиссии после дебюта у мужчин и женщин при рецидивирующем течении РС (в процентах)**

Длительность ремиссии	Мужчины (n = 17)	Женщины (n = 32)
Короткая (до 1 года)	41,2	31,2
Средняя (от 1 до 3-х лет)	23,5	43,7
Длительная (более 3-х лет)	35,3	34,4

Таблица 11

**Характер прогноза у мужчин и женщин при рецидивирующем течении РС (в процентах)**

Прогноз	Мужчины (n = 25)	Женщины (n = 35)
Благоприятный	40,0	68,6
Неблагоприятный	16,0	—
Неопределенный	44,0	31,4

Вопрос о прогностическом значении длительности и полноты ремиссий после дебюта является ключевым и широко обсуждается в специальной литературе. Считается, что длительная и полноценная ремиссия после первой атаки является одним из достоверных критериев дальнейшего доброкачественного течения РС. Это положение, основанное на клиническом опыте предшествующих поколений неврологов и ряде теоретических предположений, входит в противоречие с данными многочисленных исследований последних десятилетий. Эти исследования раскрывают сложность патогенетических механизмов развития хронического демиелинизирующего процесса, свидетельствующего о его непрерывной волнообразной активности, включая периоды ремиссий. Длительная ремиссия после дебюта, которую следует расценивать как субклинический этап непрерывного течения аутоиммунного процесса, неизбежно приводит к истощению и срыву адаптационно-компенсаторных механизмов в связи с отсутствием адекватной и своевременной патогенетической терапии у этой категории больных. В результате происходит трансформация в более неблагоприятное вторично-прогрессирующее течение (ВПТ) РС. Это положение косвенно подтверждается данными наших исследований, свидетельствующих о том, что вероятностный прогноз дальнейшего течения РС у мужчин чаще, чем у женщин, имеет неопределенный и неблагоприятный характер, несмотря на преобладание у лиц мужского пола полных клинических ремиссий после дебюта (табл. 9—11).

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о сложных и дифференцированных взаимоотношениях между клиническими показателями, характеризующими преморбидный анамнез, факторами риска, предшествующими клинической манифестации заболевания, и клинической структурой дебютов при рецидивирующем течении РС у лиц разного пола. На преморбидном этапе, по данным анамнеза, у женщин преобладают предвестники дебюта, высокий инфекционный индекс, герпетические инфекции и ЛОР-патология, которые с большей вероятностью формируют предпосылки к прорыву гематоэнцефалического барьера. Клиническая структура дебютов характеризуется существенными гендерными различиями с преобладанием у мужчин более быстрых

темпов формирования манифестной клинической моносиндромной симптоматики, полных и коротких клинических ремиссий после дебюта; у женщин преобладает олигосиндромная симптоматика с нередкими постепенными темпами ее формирования, неполными клиническими ремиссиями после дебюта средней продолжительности.

Полученные данные, раскрывающие разные профили преморбидного анамнеза и особенностей дебюта у мужчин и женщин, свидетельствуют о различных механизмах их формирования, а следовательно, предполагают новые подходы к разработке дифференциально-диагностических критериев рецидивирующего течения РС у лиц разного пола.

### Список литературы

1. Mc. Donald, W. NMR in diagnosis, monitoring treatment and epidemiology of multiple sclerosis / Mc. Donald W. // Acta Neurology Scand. — 1995. — P. 52—53.
2. Kurtzke, J. F. MS epidemiology world wide. One view of current status / J. F. Kurtzke // Ibid. — 1995. — 91(161). — P. 23—33.
3. Факторы риска развития рассеянного склероза в московской популяции / Гусев Е. И., Бойко А. Н., Смирнова Н. Ф., Демина Т. Л. // Журнал неврологии и психиатрии. — 1999. — № 5. — С. 32—40.
4. Поширеність розсіяного склерозу в різних регіонах України. Особливості перебігу та лікування / [Віничук С. М., Уніч П. П., Клименко В. В., Прокопів М. М.] // Український медичний часопис. — 2000. — № 6 (20). — С. 51—54.
5. Аналіз розповсюдженості та захворюваності на розсіяний склероз в Україні за даними офіційної статистичної звітності / [Волошин П. В., Волошина Н. П., Д'яченко Л. І., Левченко І. Л.] // Український вісник психоневрології — Т. 13, вип.2 (43) — 2005. — С. 5—11.
6. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в России / [Гусев Е. И., Завалишин И. А., Бойко А. Н. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спец. вып. Рассеянный склероз. — 2002. — С. 3—6.
7. Lassmann, H., Heterogeneity of MS pathogenesis: implications for diagnosis and therapy / Lassmann H., Bruck W., Lucchietti C. // TRENDS Mol. Med. — 2001. — V. 7. — P. 115—121.
8. Lucchinetti, C. Multiple sclerosis: recent developments in neuropathology, pathogenesis? Magnetic resonance imaging studies and treatment / Lucchinetti C., Bruck W., Noseworthy S. // Cur. Opin. Neurol. — 2001. — V. 14. — P. 259—269.
9. Бархатова, В. П. Патофизиология демиелинизирующего процесса / Бархатова В. П., Завалишин И. А., Байдина Е. В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 7. — С. 53—58.
10. Матвеева, Т. В. Некоторые факторы, влияющие на заболевание рассеянным склерозом / Матвеева Т. В., Исмагилов М. Ф., Ишманова С. А. // Неврологический вестник. — 2002. — Т. XXXIV. — вып. 3—4. — С. 16—20.
11. Возможности методов магнитно-резонансной визуализации в диагностике рассеянного склероза / [Тотолян Н. А., Трофимова Т. Н., Скоромец А. А. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 1. — С. 32—34.
12. Hohlpeid, R. Immunological update on MS / R. Hohlpeid, H. Wekerle // Cur. Opin. Neurol. — 2001. — V. 14. — P. 299—304.
13. Биохимические механизмы нарушения нейроиммунного взаимодействия при рассеянном склерозе / [Бархатова В. П., Завалишин И. А., Хайдаров Б. Т. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — № 11. — С. 42—47.
14. Лисяный Н. И. Иммунология и иммунотерапия рассеянного склероза / Н. И. Лисяный. — Киев, 2003. — 251 с.
15. Dietary fat in relation to risk of multiple sclerosis among two large cohorts of women / [Zhang Sh. M., Willett W. C., Hernan M. A. et al.] // American Journal of Epidemiology. — 2000. — Vol. 152. — № 11. — P. 1056—1064.
16. Neuropsychological finding in relapsing-remitting and chronic progressive multiple sclerosis / [Heaton R. K., Nelson L. M.,

Thompson D. S. et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. — 1985; 53: 103—110.

17. Прогредивентное течение рассеянного склероза / [Завалишин И. А., Захарова М. Н., Пересадова А. В. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 2, спец. вып. — С. 26—31.

18. Гусев, Е. И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Гусев Е. И., Завалишин И. А., Бойко А. Н. — М.: Миклош, 2004. — 526 с.

19. Негреба Т. В. Клінічна діагностика різних типів перебігу розсіяного склерозу (збірка анкет). Авторське свідоцтво про реєстрацію права на твір № 8675 від 31.10.2003.

20. Марков Д. А., Леонович А. Л. Рассеянный склероз / Д. А. Марков, А. Л. Леонович. — М.: Медицина, 1976. — 295 с.

Надійшла до редакції 21.01.10 р.

*Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Л. П. Терещенко, Т. Н. Ткачева, І. К. Гапонов, Т. Г. Воробйова, Л. І. Вельковська*  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

### Гендерні особливості преморбидного анамнезу і дебютів при рецидивуючому перебігу розсіяного склерозу

Вивчені гендерні особливості при рецидивуючому перебігу розсіяного склерозу у 60 хворих з урахуванням преморбидного етапу і клінічної структури дебютів.

Проведені дослідження свідчать про складні і диференційовані взаємовідносини між клінічними показниками, що характеризують преморбидний анамнез, чинниками ризику, що передують клінічній маніфестації захворювання, і клінічною структурою дебютів у осіб різної статі. На преморбидному етапі, за даними анамнезу, у жінок переважають передвісники дебюту, високий інфекційний індекс, герпетичні інфекції і ЛОР-патологія. Клінічна структура дебютів характеризується істотними гендерними відмінностями з переважанням у чоловіків більш швидких темпів формування манифестної клінічної моносиндромної симптоматики, повних і коротких клінічних ремісій після дебюту; у жінок переважає олигосиндромна симптоматика з нередкими поступовими темпами її формування, неповними клінічними ремісіями після дебюту середньої тривалості.

*Ключові слова:* розсіяний склероз, рецидивуючий перебіг, гендерні відмінності, дебют, преморбидний анамнез.

*Н. П. Voloshyna, T. V. Negreba, L. P. Tereshchenko, T. N. Tkachova, I. K. Gaponov, T. G. Vorobyova, L. I. Velkovska*  
State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMN of Ukraine" (Kharkiv)

### Gender peculiarities of premorbid anamnesis and onsets at relapsing course of multiple sclerosis

There were studied gender features at the relapsing course of multiple sclerosis at 60 patients taking into account the premorbid stage and clinical structure of onsets.

The conducted researches testifies the difficult and different relations between clinical indexes which are characterizing the premorbid anamnesis, risk factors which preceded clinical manifestation of disease and clinical structure of onsets at the persons of different sex. On the premorbid stage, according the data of the anamnesis, females have the precursors of the onset, high infectious index, herpetic infections and rhinopharyngeal pathology. The clinical structure of onsets is characterized by gender distinctions with predominance of more rapid rates of forming the manifesting clinical monosyndromic symptomatology for males, full and short clinical remissions after an onset; females have the oligosyndromic symptomatology with the gradual rates of its forming, incomplete clinical remissions after the onset of mean duration.

*Keywords:* multiple sclerosis, premorbid anamnesis, relapsing course, onset, gender distinctions.