

10,0-18,0% ниже своих максимальных значений в начале третьего триместра, а ОПСС – на 10,0-20,0% выше.

Наиболее объективно происходящие адаптационные гемодинамические изменения ЦГ во время беременности отражали гестационные колебания УО, МО и ОПСС. Показатели УИ и СИ, помимо работы ССС материнского организма, отражали постоянно увеличивающуюся массу тела матери и плода. По этой причине оказалось не целесообразно учитывать гестационные изменения показателей УИ и СИ для характеристики адекватности адаптационных изменений параметров ЦГ на протяжении второго и третьего триместров беременности. Проведенные нами исследования показали, что для индивидуальной оценки адекватности адаптационных изменений параметров ЦГ следует учитывать исходный тип материнской гемодинамики до беременности, а затем определять процентный прирост МО от начала беременности до периода максимальных гемодинамических (28-32 нед.) нагрузок. На основании полученных данных разработан способ прогнозирования адекватности адаптационных изменений ЦГ матери с учетом исходного типа материнской гемодинамики до беременности. Адекватными считали такие гестационные изменения параметров ЦГ, при которых у беременных с исходными эу- и гиперкинетическим типами ЦГ процентный прирост МО с начала беременности до периода максимальных гемодинамических нагрузок превышал 35,0%, а у беременных с гипокинетическим типом ЦГ – 25,0% (патент на изобретение № 2221481).

Анализ динамического изменения основных параметров ЦГ на протяжении неосложненной беременности выявил 5 характерных этапов адаптационной гемодинамической перестройки материнского организма. Первый этап выделен с начала беременности и до 8-9 недель. Он характеризовался статистически недостаточным волнообразным ростом УО и МО на 9,0-14,0% при одновременном снижении ОПСС на 10,0-14,0%. Второй этап волнообразного повышения объемных показателей ЦГ отмечен со срока гестации 15-16 до 18-19 недель, ему предшествовало кратковременное снижение объемных показателей работы сердца на 3,0-4,0%, а затем увеличение МО, УО на 10,0-15,0%. Изменения ОПСС были представлены в виде зеркального отражения гестационных колебаний МО. Следует отметить, что в первой половине беременности интенсивность прироста объемных показателей ЦГ была идентичной у всех беременных, независимо от их исходного типа ЦГ. Третий этап быстрого гестационного изменения параметров ЦГ матери (с 20 до 28-30 недель) характеризовался быстрым статистически достоверным ( $p < 0,05$ ) увеличением объемных показателей работы сердца при одновременном снижении ОПСС на фоне стабильных значениях ЧСС и АД. Общий прирост цифровых значений МО с начала беременности у пациенток с исходным эу- и гиперкинетическим типами ЦГ составил более 35,0%, а у пациенток с гипокинетическим типом ЦГ – более 25,0%. Четвертый этап максимальных гемодинамических нагрузок продолжался с 28-30 до 35-36 недель и проявлялся стабильно высокими значениями объемных показателей ЦГ без статистически достоверных колебаний. Пятый этап – период медленного снижения объемных показателей ЦГ с 36-37 недель до родов. В этот временной промежуток отмечено снижение МО у пациенток с исходными эу- и гиперкинетическим типами ЦГ в среднем на 8,0-12,0% по отношению к его максимальным гестационным значениям, а у пациенток с исходным гипокинетическим типом ЦГ – на 10,0-15,0%. Несмотря на потерю в конце беременности гемодинамического потенциала, накопленного в динамике 1-го и 2-го триместров, дефицит МО накануне родов  $\leq 50,0\%$ . Снижение УО сопровождалось увеличением ЧСС. При стабильных значениях АД динамика повышения ОПСС в конце беременности соответствовала гестационному снижению МО.

#### Литература

1. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод: Рук-во для врачей. – М: Медицина, 1999. – 448 с.
2. Милованов А.П. и др. // Акуш и гин. – 2004. – №4. – С. 15
3. Орлов А.В. Скрининговые маркеры физиологической и осложненной беременности: Автореф. Дис. ... д.м.н. – М., 2006. – 46 с.
4. Серов В.Н. и др. Руководство по практическому акушерству. – М: МИА, 1997. – С. 14–51.
5. Сидельникова В., Шмаков Р. Механизмы адаптации и ди-адаптации гемостаза при беременности. – М: Триада-X, 2004. – 192 с.

УДК 616.831-005:616.85]-07

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА РАННИХ СТАДИЯХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Ю.В. АБРАМЕНКО, Н.А. ЯКОВЛЕВ\*

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, развивающаяся при множественных очаговых и/или диффузных поражениях головного мозга сосудистого генеза и проявляющаяся комплексом нарастающих неврологических, нейропсихологических и/или психопатологических расстройств [3]. Значительная распространенность (у 1/3 пожилых лиц), сложность патогенеза, трудности диагностики и лечения, прогрессивность течения ДЭ с частой инвалидизацией больных определяют ее медико-социальную значимость [10]. В настоящее время демографическая ситуация в России складывается так, что лица старше 65 лет составляют 12-15% населения, причем к 2020 году их численность возрастет, по меньшей мере, в два раза [6, 7]. Рост числа людей пожилого и старческого возраста ведет к возрастанию значимости ДЭ и подчеркивает необходимость изучения ранних форм недостаточности кровоснабжения мозга, при которых профилактические и лечебные мероприятия наиболее эффективны и могут предупредить возникновения инсульта и деменции [11]. Основными клиническими проявлениями ДЭ являются двигательные, нейропсихологические (когнитивные) и эмоционально-аффективные расстройства, которые в настоящее время интенсивно изучаются [9]. Однако половым и гендерным аспектам этих расстройств при ДЭ уделяется недостаточное внимание, хотя учет их особенностей у мужчин и женщин является важным условием оптимизации лечения.

**Цель работы** – сравнительное исследование особенностей двигательных, когнитивных и эмоциональных нарушений у мужчин и женщин на ранних стадиях ДЭ.

**Материалы и методы.** Обследовано 120 пациентов в возрасте 50–74 лет: 72 женщины (средний возраст  $64,3 \pm 1,01$  лет) и 48 мужчин (средний возраст  $65,0 \pm 1,2$  лет) с ДЭ, обусловленной артериальной гипертензией (АГ) и ее сочетанием с атеросклерозом. Диагноз и стадии ДЭ устанавливали на основании общепринятых критериев [3, 6]. ДЭ I стадии диагностировали у 30 (41,7%) женщин и у 9 (18,7%) мужчин, ДЭ II стадии – соответственно у 42 (58,3%) и 39 (81,3%). Критериями включения пациентов в исследование были: возраст от 55 (женщины) или 60 (мужчины) до 74 лет; подтвержденный клинический диагноз ДЭ; отсутствие тяжелых текущих соматических, неврологических, психиатрических и эндокринных заболеваний; среднее или высшее образование. Критерии исключения: наличие васкулитов различной этиологии, заболеваний крови, онкологического анамнеза, а также перенесенные черепно-мозговые травмы, инфекции центральной нервной системы, инсульты, энцефалопатии метаболического и токсического генеза, деменция и эпилепсия.

Обследование больных включало: анализ жалоб пациентов; исследование соматического и неврологического статуса с количественной оценкой выраженности неврологической симптоматики по шкале NIH-NINDS, нарушений равновесия и ходьбы – по шкале двигательной активности Тинетти, координации движений и тонкой моторики – по методике М.В. Denckla (1985); исследование вегетативных функций с использованием анкеты ММА им. И.М. Сеченова; нейропсихологическое тестирование: оценку когнитивных функций по суммарному баллу краткой шкалы оценки психического статуса – КШОПС (Mini Mental State Examination – MMSE) и батареи тестов для оценки лобной дисфункции – БТЛД [13], а также по результатам тестов «5 слов», рисования часов, пробы Шульте. Легкие когнитивные нарушения (ЛКН) и умеренные когнитивные расстройства (УКР) выявляли с использованием принятых в настоящее время критериев [12, 15], а эмоциональные нарушения – по критериям МКБ-10. Определяли уровни общей астении (шкала MFI-20), реактивной и личностной тревожности (шкала оценки тревоги Спилбергера), депрессии (опросник Бека); качество сна исследовали с помощью анкеты Федерального сомнологического центра.

Статистическую обработку количественных данных проводили с использованием критериев Стьюдента ( $t$ ) и  $\chi^2$  для провер-

\* Тверская ГМА, 170642, Россия, ГСП, Тверь, ул. Советская, 4

ки гипотез соотносительной значимости различия средних показателей. Результаты считали достоверными при  $p < 0,05$ . При статистическом анализе использовались программы Microsoft Excel и стандартный пакет программ SPSS 13.0 for Windows.

**Результаты.** Обследованные пациенты с ДЭ наиболее часто предъявляли неспецифические жалобы на головные боли, головокружения, нарушения сна, повышенную утомляемость и снижение работоспособности; все эти субъективные симптомы достоверно чаще встречались у женщин (соответственно 90,3; 80,6; 90,3; 72,2 и 90,3%), чем у мужчин (соответственно 72,9; 41,7; 77,1; 54,2 и 70,8%) ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). Жалобы на характерное для ДЭ ухудшение памяти чаще предъявляли женщины, чем мужчины (соответственно 72,2% и 50,0%,  $p < 0,05$ ). Трудности отыскания вещей и нарушение ориентировки в незнакомой местности также преимущественно отмечали женщины (соответственно 63,9% и 37,5% при 45,8% и 20,8% у мужчин,  $p < 0,05$ ), тогда как затруднения в подборе слов при разговоре и запоминании имен новых знакомых чаще испытывали мужчины (соответственно 45,8% и 83,3% против 15,3% и 59,7% у женщин,  $p < 0,01$ ). Женщины с ДЭ по сравнению с мужчинами чаще отмечали пониженный фон настроения (соответственно 63,9% и 31,3%,  $p < 0,01$ ), чувство внутреннего напряжения, тревоги (59,7% и 27,1%,  $p < 0,01$ ), раздражительность (77,8% и 47,9%,  $p < 0,05$ ). У них чаще, чем у мужчин, встречались жалобы на неустойчивость при стоянии и ходьбе, а также склонность к падениям (соответственно 56,3% и 16,7% при 47,9% и 12,5% у мужчин), однако данное различие не достигало статистической значимости ( $p > 0,05$ ). У женщин с ДЭ чаще, чем у мужчин, отмечались субъективные проявления вегетативной дисфункции, такие как метеочувствительность (соответственно 88,9 и 66,7%,  $p < 0,01$ ), склонность к липотимиям (37,5 и 20,8%,  $p < 0,05$ ), чувство дискомфорта в душных помещениях (72,2 и 50,0%,  $p < 0,05$ ) и учащенное мочеиспускание (50,0 и 29,2%,  $p < 0,05$ ).

По данным соматического обследования, отягощенность хроническими заболеваниями выявлялась у большинства обследованных пациентов с ДЭ (у 100% мужчин и у 91,6% женщин). Длительность АГ, средний уровень систолического и диастолического АД у мужчин и женщин статистически значимо не отличались. Для женщин оказалось более характерно кризовое течение АГ (76,6% при 43,9% у мужчин,  $p < 0,05$ ). Преходящие нарушения мозгового кровообращения имели место в анамнезе у 18,1% женщин и 14,6% мужчин ( $p > 0,05$ ). Наиболее часто у лиц обоего пола выявлялись дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника (у 62,5% мужчин и у 59,7% женщин) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (соответственно у 41,7% и у 37,5%). Женщины, по сравнению с мужчинами, характеризовались большей частотой выявления холецистопатии и дискинезии желчных путей (соответственно у 25,0% и у 8,3%,  $p < 0,05$ ), тогда как представленность язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки была выше у мужчин (37,5% по сравнению с 9,7% у женщин,  $p < 0,01$ ). Полиморбидность достоверно чаще выявлялась у мужчин с ДЭ (91,6%), чем у женщин (69,4%) ( $p < 0,01$ ). Выраженность неврологической симптоматики по шкале NIH-NINDS у женщин и мужчин статистически значимо не различалась, составив у пациентов с ДЭ I стадии соответственно 3,13±0,13 и 2,89±0,26 балла, а при ДЭ II стадии – 6,02±0,17 и 5,79±0,18 балла ( $p > 0,05$ ). При переходе от I-й стадии ДЭ ко II-й стадии заболевания выраженность неврологических симптомов по шкале NIH-NINDS у пациентов обоего пола нарастала ( $p < 0,01$ ). У женщин чаще, чем у мужчин, наблюдались симптомы, говорящие о венозной церебральной дисциркуляции: диссоциация коленных и ахилловых рефлексов (соответственно у 66,7% и у 45,8%,  $p < 0,05$ ), гипестезия в зоне иннервации I ветви V пары черепных нервов (у 63,9% и у 45,8%,  $p < 0,05$ ), пастозность лица и век (у 63,9% и у 31,3%,  $p < 0,01$ ). Мужчины с ДЭ отличались от женщин достоверно большей представленностью рефлексов орального автоматизма (83,3% – у мужчин и 59,7% – у женщин) ( $p < 0,01$ ).

По данным оценки равновесия и походки пациентов с ДЭ I стадии, показатели субшкал устойчивости и походки по шкале Тинетти, а также общий балл по данной шкале составили у мужчин соответственно 22,7±0,29, 15,3±0,17 и 38,0±0,44, а у женщин – 22,3±0,18, 14,9±0,16 и 37,3±0,31 балла ( $p > 0,05$ ), что свидетельствовало о наличии легких двигательных нарушений без статистически значимых половых различий. При обследовании пациентов со II-ой стадией ДЭ показатели субшкал устойчивости, походки и общий балл шкалы Тинетти у мужчин (соответственно

18,3±0,37, 13,8±0,26 и 32,1±0,64 балла) оказались достоверно выше, чем у женщин (16,1±0,58, 12,4±0,24 и 28,6±0,62 балла) ( $p < 0,01$ ), что отражало наличие у последних более выраженных двигательных расстройств. По мере прогрессирования заболевания двигательные нарушения по шкале Тинетти у лиц обоего пола статистически значимо нарастали до степени умеренной выраженности ( $p < 0,01$ ). При исследовании координаторной сферы у пациентов с ДЭ по методике M.B.Denkla (1985) было установлено, что задания на ходьбу и равновесие женщины выполняли достоверно хуже мужчин как при ДЭ I стадии (соответственно 19,9±0,5 и 17,9±0,8 балла,  $p < 0,05$ ), так и II стадии заболевания (29,6±1,0 и 21,97±0,8 балла,  $p < 0,01$ ). При тестировании функций равновесия и ходьбы у женщин чаще отмечались ошибки в виде использования вспомогательных установок рук и тенденция к падению. Мужчины с ДЭ I стадии хуже женщин выполняли задания на чередование движений (соответственно 10,9±0,6 и 9,6±0,3 балла,  $p > 0,05$ ); у мужчин с ДЭ II стадии различия с женщинами по результатам данного теста были более отчетливыми (13,8±0,5 и 12,5±0,4 балла,  $p < 0,05$ ). Общая сумма баллов в пробе на чередование движений у женщин с ДЭ I стадии превышала аналогичный показатель у мужчин (соответственно 29,4±0,6 и 28,8±0,3 балла,  $p > 0,05$ ), а в продвинутой (II-ой) стадии заболевания различия между женщинами и мужчинами в данной пробе достигали статистической значимости (42,1±0,7 и 35,8±0,9 балла соответственно,  $p < 0,01$ ). При прогрессировании ДЭ нарушения тонкой моторики и статико-локомоторная недостаточность у пациентов обоего пола статистически значимо нарастали ( $p < 0,01$ ).

Результаты подробного анализа проб на тонкую моторику у пациентов с ДЭ отражены в таблице 1, из которой следует, что мужчины лучше женщин выполняли задания на чередование движений нижних конечностей как справа, так и слева ( $p < 0,01$ ). Однако женщины статистически значимо быстрее мужчин выполняли пробы на чередование движений обеих верхних конечностей ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). Причем, если у женщин с ДЭ результаты проб для правых и левых конечностей были примерно одинаковы, то мужчины все пробы выполняли правыми конечностями достоверно лучше, чем левыми ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ).

Таблица 1

Исследование тонкой моторики по методике M.B.Denkla у лиц с ДЭ: время выполнения 20 последовательных движений, сек, M±m

| Задание                                                           | Справа   |             | Слева    |             |
|-------------------------------------------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                                                                   | Ж (n=72) | М (n=48)    | Ж (n=72) | М (n=48)    |
| Постукивания постоком стопы                                       | 16,3±0,2 | 13,75±0,2** | 16,6±0,2 | 14,5±0,1**^ |
| Хлопки ладонью по колену                                          | 14,9±0,2 | 16,3±0,2**  | 15,1±0,1 | 17,5±0,2**^ |
| Последовательные удары указательного пальца кисти о большой палец | 14,6±0,2 | 16,25±0,2** | 14,9±0,2 | 17,5±0,2**^ |
| Последовательные удары 2-5 пальцев кисти о большой палец          | 15,1±0,1 | 17,5±0,2**  | 15,1±0,1 | 18,1±0,2**^ |

Примечание\* - различия мужчин и женщин (\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ); ^ - различия при выполнении проб справа и слева (^  $p < 0,05$ ; ^^  $p < 0,01$ ).

Вегетативная дисфункция выявлялась (по данным анкеты ММА им. Сеченова) у 100% обследованных пациентов с ДЭ. Выраженность вегетативной дисфункции у женщин была достоверно выше, чем у мужчин, как по опроснику (соответственно 39,3±0,8 и 23,2±0,98 балла,  $p < 0,01$ ), так и по клиническим симптомам (соответственно 46,1±1,1 и 39,6±1,4 балла,  $p < 0,01$ ). При исследовании когнитивной сферы у 88 пациентов с ДЭ (36 мужчин и 52 женщины) у мужчин статистически значимо чаще выявлялись УКР (69,4% при 46,2% у женщин,  $p < 0,05$ ), тогда как у женщин – ЛКН (38,5% при 16,7% у мужчин,  $p < 0,05$ ). Доля пациентов с ДЭ без когнитивных расстройств была одинакова у мужчин (13,9%) и у женщин (15,3%). Общая тяжесть КР по суммарному баллу КШОПС была выше у мужчин (26,9±0,24 балла), чем у женщин (28±0,2 балла) ( $p < 0,01$ ), но по суммарному баллу БТЛД данное различие не достигало статистической значимости (14,9±0,3 балла у женщин и 14,1±0,35 балла у мужчин,  $p > 0,05$ ).

Расстройства внимания (проба Шульте) и памяти (субтест КШОПС «память», тест «5 слов»: непосредственное и отсроченное воспроизведение, суммарный балл) были выражены в большей степени у мужчин (соответственно 56,8±1,1 сек; 1,9±0,1; 3,7±0,1; 3,3±0,2 и 6,9±0,3 балла), чем у женщин (соответственно

52,7±1,0 сек; 2,5±0,1; 4,4±0,1; 4,03±0,1 и 8,5±0,2 балла) ( $p<0,01$ ) Нарушения зрительно-пространственных функций (по тесту рисования часов) оказались более выраженными у женщин (7,5±0,2 балла) по сравнению с мужчинами (8,1±0,2 балла) ( $p<0,05$ ). Эмоциональные расстройства по критериям МКБ-10 чаще выявлялись у женщин: тревожные расстройства имели место у 45,8% женщин и у 22,9% мужчин ( $p<0,05$ ), депрессия – соответственно у 50,0 и у 27,1% ( $p<0,01$ ). Результаты исследования уровней выраженности астении, тревожности и депрессии представлены в таблице 2, из которой следует, что степень изменений этих показатели была достоверно выше у женщин; при прогрессировании ДЭ астенические и аффективные нарушения нарастают у лиц обоего пола ( $p<0,01$ ,  $p<0,05$ ).

Оценка уровня астении, депрессии и тревоги у мужчин и женщин с ДЭ (в баллах, М±m)

| Показатель         | Группы обследованных      |            |                    |            |                     |              |
|--------------------|---------------------------|------------|--------------------|------------|---------------------|--------------|
|                    | Группа ДЭ в целом (n=120) |            | ДЭ I стадии (n=39) |            | ДЭ II стадии (n=81) |              |
|                    | м (n=48)                  | ж (n=72)   | м (n=9)            | ж (n=30)   | м (n=39)            | ж (n=42)     |
| Общая астения      | 14,1±0,5                  | 15,4±0,4*  | 10,9±0,3           | 13,3±0,5** | 14,8±0,5##          | 16,9±0,5**## |
| Депрессия          | 11,4±0,5                  | 15,0±0,7** | 7,6±0,8            | 12,1±0,9** | 12,3±0,5##          | 17,2±0,8**## |
| Реактивная тревога | 40,97±0,9                 | 46,2±1,4** | 35,7±2,3           | 42,0±1,8*  | 42,2±0,9#           | 49,3±1,9**## |
| Личностная тревога | 44,6±1,0                  | 50,2±1,3** | 37,6±1,6           | 45,2±1,6** | 46,3±0,9##          | 53,8±1,5**## |

Примечание: # – различия ДЭ I и II стадии (#  $p<0,05$ ; ##  $p<0,01$ )

Неудовлетворенность своим ночным сном отметили 85,0% обследованных пациентов, в том числе 77,1% мужчин и 90,3% женщин ( $p<0,05$ ). По анкете Федерального сомнологического центра пограничные значения сна чаще отмечались у мужчин (62,5% при 43,1% у женщин,  $p<0,05$ ), в то время как патологическая инсомния отчетливо преобладала у женщин (48,6% против 29,6% мужчин,  $p<0,05$ ). Анализ феноменологических особенностей сна показал, что пресомнические расстройства, клинически проявлявшиеся трудностями засыпания, когда пациентам не удавалось заснуть в течение 1-2 ч (засыпание у здорового человека происходит в течение 3-10 мин), чаще встречались у женщин (90,3% при 54,2% у мужчин,  $p<0,05$ ). Интрасомнические расстройства в виде частых ночных пробуждений, поверхностного сна и неприятных сновидений также преобладали у женщин (72,2% при 43,8% у мужчин,  $p<0,05$ ). Постсомнические расстройства, характеризовавшиеся ранним утренним пробуждением с ощущением «невывыспанности», «разбитости» и усталости, выявлялись у 50,0% женщин и 43,3% мужчин ( $p>0,05$ ). Выраженность нарушений ночного сна была выше у женщин, чем у мужчин: при ДЭ I стадии соответственно 18,32±0,51 и 20,86±1,01 балла ( $p<0,05$ ), при ДЭ II стадии – 16,0±0,7 и 18,41±0,33 балла ( $p<0,01$ ). По мере прогрессирования заболевания показатели нарушения сна у лиц обоего пола нарастают ( $p<0,01$ ,  $p<0,05$ ).

**Заключение.** В результате проведенных исследований установлено, что женщины с ДЭ отличаются от мужчин большей представленностью основных жалоб, выраженностью вегетативных и аффективно-эмоциональных расстройств. Для мужчин характерны более отчетливые когнитивные расстройства (особенно нарушения внимания и вербальной памяти) и нарушения тонкой моторики, а для женщин – более выраженные нарушения зрительно-пространственных функций, а также равновесия и походки. Независимо от пола пациентов все эти нарушения более выражены в продвинутой (II-ой) стадии ДЭ. Кризовое течение АГ более характерно для женщин с ДЭ. Особенности неврологических, в частности, когнитивных расстройств, у мужчин и женщин с ДЭ в определенной степени могут объясняться различиями в строении и организации головного мозга: у женщин наблюдается более полное взаимодействие между полушариями мозга, у мужчин – более выраженная асимметрия в пользу одного из полушарий. Большинство исследований отмечает изначальное превосходство мужчин по зрительно-пространственным способностям, а женщин – по речевым способностям и вербальной памяти [2, 14]. Более выраженные когнитивные нарушения у мужчин (в частности, худшие показатели вербальной памяти) объясняют преобладанием у них инволютивных изменений мозга с преимущественным вовлечением левого (речевого) полушария, в то время как у женщин церебральная атрофия носит симметричный

характер. У мужчин при старении мозга в большей степени увеличивается вентрикулярный объем, что способствует функциональному разобщению лобной коры с нижележащими подкорковыми структурами, участвующими в когнитивных процессах [8]. Фактор гендерной социализации также играет свою роль – гуманитарные предметы традиционно считаются более «женскими», математические дисциплины – более «мужскими» [2].

Выявленные нами половые особенности двигательных расстройств у пациентов с ДЭ также могут быть связаны с различиями в мозговой локализации моторных функций у мужчин и женщин. Организация сложных движений рта и рук у женщин представлена в передних областях левого полушария (т.е. топографически близко к моторной коре), а мужчин – в задних отделах (т.е. в близости со зрительной системой). [2]. Поэтому в большинстве экспериментов мужчины демонстрируют превосходство в освоении грубой моторики (движений ног), а женщины – в тонкой (движений рук) [1, 2], причем точность обеих рук у них примерно одинакова, а у мужчин более точной является правая рука [2]. Это можно интерпретировать, как выраженную тенденцию женщин использовать основные адаптационные механизмы (симметрии), а у мужчин – дополнительные (асимметрии) [1]. Отмеченные половые особенности аффективно-эмоциональных расстройств у пациентов с ДЭ, вероятно, в определенной степени могут объясняться наличием у мужчин и женщин различного психологического и поведенческого профиля, который и определяет реакции на одинаковые воздействия и ситуации. В исследованиях эмоциональности у взрослых людей в большинстве случаев установлено преимущество женщин [2]. У женщин более выражено стремление выговориться, поделиться с кем-либо своими проблемами [5]. Эти особенности находят отражение в большей представленности и выраженности у женщин аффективных расстройств – тревоги и депрессии [2, 4, 5]. Повышенные уровни тревоги и депрессии сопряжены с наличием и выраженностью вегетативной дисфункции; они также оказывают влияние на когнитивные процессы [4, 12]. Полученные на данном этапе исследования данные свидетельствуют о наличии у женщин с ДЭ в целом более выраженных изменений психовегетативного статуса и статико-локомоторных расстройств, а у пациентов-мужчин – изменений когнитивной сферы и нарушений тонкой моторики, что обосновывает целесообразность проведения комплексной терапии хронической цереброваскулярной недостаточности с учетом пола пациентов.

#### Литература

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – СПб., 2001.
2. Бендас Т.В. Гендерная психология: Уч. пос. – СПб.: Питер, 2006.
3. Болезни нервной системы: Рук-во для врачей / Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. – 2-е изд. – М., 2001. – Т. 1.
4. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. – М., 2001.
5. Вейн А.М., Данилов А.Б. // Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 10. – С. 4–14.
6. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение. Метод. реком. – М.: Медиа Сфера, 2005.
7. Дамулин И.В. Нейрогериатрия: некоторые диагностические аспекты. – М., 2007.
8. Дамулин И.В. и др. // Неврол. ж. – 1999. – № 4. – С. 20–25.
9. Захаров В.В. // Трудный пациент. – 2005. – № 12.
10. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении. – М.: Сервье, 2006.
11. Скорцова В.И. и др. // Болезни сердца и сосудов. – 2006. – Т. 1, № 3.
12. Яхно Н.Н. и др. // Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 2. – С. 13–17.
13. Dubois B. et al. // Neurology. – 2000. – Vol. 55. – P. 1621–1626.
14. Overman W.H. // International Journal of Psychochology: Abstracts of XXVII International Congress of Psychology. – Stockholm. – 2000. – P. 112.
15. Petersen, R. S., Touchon J. // Research and practice in Alzheimer Disease. – 2005. – Vol. 10. – P. 24–32.