

Морфофункциональные характеристики у мужчин с ишемическим инсультом среднего и пожилого возраста

Денисова О.А.

Morphofunctional characteristics in men of middle and elderly age with ischemic stroke

Denisova O.A.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск
Городская клиническая больница № 1, г. Новосибирск

© Денисова О.А.

Проведено исследование морфофункциональных характеристик мужчин с ишемическим инсультом пожилого и среднего возраста. Показано, что тяжесть заболевания среди прочих причин объясняется нарастанием дисгормональных нарушений у больных.

Morphofunctional characteristics of men of middle and elderly age with ischemic stroke have been studied. It has been shown that severity of disease is explained, among other causes, by augmenting of dishormonal disorders in patients.

Введение

В последние годы большое значение в развитии ишемического инсульта придается патобиохимическим изменениям, играющим основную роль в процессах раннего и отсроченного повреждения мозговой ткани [1, 2]. Данные экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о том, что подобные нарушения сопровождаются изменениями гормонального гомеостаза [3–5]. Поэтому стало совершенно очевидным, что к возникновению мозгового инсульта приводит одновременное воздействие нескольких факторов риска. Одни из них готовят инсультгенную ситуацию, а другие непосредственно включают механизм ее развития. При этом набор факторов риска (ФР) в каждом конкретном случае сугубо индивидуальный. Следовательно, прогнозирование мозгового инсульта должно быть многофакторным, а профилактика – индивидуальной [6, 7].

До настоящего времени вопросы патогенеза атеросклероза, в том числе церебрального, остаются недостаточно изученными, а также роль морфофункциональных особенностей ор-

ганизма в возникновении сосудистых катастроф. Большое значение имеют соотношения активного и неактивного компонентов тела, особенности нейроэндокринной, сердечно-сосудистой систем [8].

Наиболее важными ФР являются:

- возраст;
- мужской пол;
- гиперлипидемия;
- артериальная гипертония;
- сахарный диабет;
- ожирение
- окклюзионно-стенозирующее поражение

МАГ;

- курение;
- гиподинамия.

Этим факторам принадлежит значительная роль в развитии ишемического инсульта (ИИ). В период возрастной гормональной перестройки у мужчин – андропаузы – происходит снижение выработки тестостерона, увеличение продукции эстрадиола и гонадотропных гормонов гипофиза [9–11]. Если этот процесс выходит за рамки физиологического, создаются благоприятные

условия для развития нарушения мозгового кровообращения [12, 13].

Так, конституциональная предрасположенность в сочетании с андрогенодефицитом может привести к развитию артериальной гипертонии, являющейся основным ФР возникновения ишемического инсульта.

Цель работы – изучить конституциональные и клиничко-патогенетические особенности пациентов – мужчин среднего (45–59 лет) и пожилого (60–74 года) возраста с ИИ в период гормональной перестройки; выявить морфофункциональные показатели организма и особенности соматотипа на примере ИИ в группе мужчин среднего и пожилого возраста для формирования групп диспансерного наблюдения на поликлиническом этапе для профилактики и прогнозирования.

Материал и методы

В исследуемую группу вошло 80 пациентов с ишемическим инсультом среднего (45–59 лет) и пожилого (60–74 года) возраста, госпитализированных в 1-е неврологическое отделение ГKB № 1. г. Новосибирска в период с 2003 по 2007 г.

Критерии включения: мужчины среднего (45–59 лет) и пожилого (60–74 года) возраста в острейший период ИИ; верификация диагноза с помощью КТ; наличие достоверных данных анамнеза жизни и заболевания.

Контрольную группу составили 30 пациентов с хронической церебральной ишемией, находящихся под наблюдением врачей-неврологов 1-

го неврологического отделения ГKB № 1. Средний возраст ($58,0 \pm 2,1$) года.

У всех больных фиксировалось наличие стойкого неврологического дефицита, наличие или отсутствие очага по данным томографии.

Фиксировались жалобы, выявлялись основные факторы риска (употребление алкоголя, курение, ожирение, нарушение липидного обмена, сопутствующие заболевания). Неврологическое обследование осуществлялось по общепринятой схеме. Дополнительно проводилось антропометрическое обследование, которое включало в себя определение продольных, поперечных, обхватных размеров тела, массы тела, индекса массы тела. В работе была использована компьютерная версия определения наиболее распространенных и общепринятых схем соматотипирования (по Чтецову, Хит–Картеру, Черноруцкому и Таннеру), разработанная на кафедре неврологии Новосибирского государственного медицинского университета.

Эти схемы при сочетании их использовании существенно дополняли друг друга и позволяли комплексно оценивать конституциональную характеристику обследуемого.

Уровень общего холестерина определяли методом Илька, β -липопротеинов – по Бруштейну и Самай; триглицеридов – ферментативным гидролизом с последующим колориметрическим определением высвобожденного глицерина; α -липопротеинов – методом осаждения пре- β - и β -липопротеинов гепарином в присутствии ионов марганца. Уровень тестостерона определяли методом иммуноферментного анализа.

Таблица 1

Соматотипология В.В. Бунака (1941)		
Тип		Характеристика
Основной	Грудной	Определяется слабым развитием жировоголожения и мускулатуры. Грудная клетка у мужчин этого типа плоская или впалая. Живот также впалый. Спина сутулая
	Мускульный	Отличается средним развитием жировой компоненты и сильной рельефной мускулатурой. Грудная клетка имеет цилиндрическую форму. Живот прямой. Спина обычная или, реже, сутулая
	Брюшной	Имеет повышенное развитие жирового слоя, тогда как мускулатура развита средне или слабо. Грудная клетка имеет коническую форму. Живот выпуклый. Спина может быть разной формы – обычная, прямая или сутулая
Промежуточный	Грудно-мускульный	Похож на грудной тип, но грудная клетка не такая плоская, а мускулатура достаточно хорошо развита

	Мышечно-грудной	Похож на мускульный тип, но отличается от него низкой степенью жировотложения и более уплощенной грудной клеткой
	Мышечно-брюшной	Похож на мускульный тип, но отличается повышенной степенью жировотложения и более конической формой грудной клетки
	Брюшно-мускульный	Похож на брюшной тип, но отличается достаточно хорошо развитой мускулатурой
Неопределенный	Собственно неопределенные	Любые другие типы телосложения, не вписывающиеся в представленную схему по сочетанию признаков. Например, грудно-брюшной и брюшно-грудной с признаками одновременно грудного и брюшного типов: слабое развитие мускулатуры, низкое жировотложение, при этом может быть характерен вздутый живот и цилиндрической формы грудная клетка
	Аномальные	Широкий спектр аномальных типов телосложения, связываемых с определенной очевидной для исследователя патологией (например, дистрофия, дисплазия, гипофизарное ожирение, гермафродитизм и прочие патологические варианты)

Результаты и обсуждение

Из включенных в исследование пациентов 28% — пациенты среднего возраста, 72% — пожилого возраста.

Групповое распределение пациентов (табл. 2) выявило низкое число грудного ширококостного и астенического ширококостного вариантов соматотипа, значительное снижение частоты встречаемости грудного грацильного, мышечно-брюшного вариантов. Эти варианты соматотипа свидетельствуют об андрогенной тенденции полового диморфизма и характеризуют гармоничное развитие здоровых представителей мужского пола. Основная часть обследованных больных пожилого возраста распределилась между брюшным (47%), неопределенным (21%), грудным грацильным (12%) типами. Среди пациентов среднего возраста преобладают пациенты с брюшным (50%), грудно-грацильным (25%) и неопределенным (25%) типами телосложения. Отличие от группы пожилых пациентов определяется по процентному соотношению среди брюшного соматотипа — на 3%, грудного грацильного — на 13%, преимущество за пациентами среднего возраста, и неопределенный соматотип с разницей в 4%. Анализ этих соматотипов позволяет характеризовать их как дисгармоничные и по форме, и по соотношению основных тканей (дефицит мышечной и костной тканей или превалирование жировой с неправильным расположением), свидетельствующим о феминогенных тенденциях в строении организма больных с ишемическим инсультом. Таким образом, более 50% всех обследованных

мужчин пожилого возраста с ИИ являются обладателями соматотипов, свидетельствующих о половом мезоморфизме (неопределенный и брюшной соматотипы).

В клинической неврологии хорошо известно многообразие начальных симптомов и дальнейших неврологических проявлений заболевания. Неврологическая манифестация начала заболевания может быть бурно развившейся, характеризующейся возникновением грубого неврологического дефекта или, наоборот, легкого неврологического дефицита.

Оценка выраженности неврологических проявлений в начале заболевания очень важна, так как позволяет хотя бы косвенно судить о влиянии морфофункциональных характеристик на течение заболевания и тем самым — о зависимости между конституциональными характеристиками и вариантами течения заболевания.

Распределение балльной оценки по шкале инвалидности Рэнкина на пять групп позволило разделить тяжесть состояния на пять степеней: 1-я степень — больные не имели явных признаков инвалидности: больной в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой; 2-я степень — легкие признаки инвалидности: больной не в состоянии выполнить некоторые виды своей прежней деятельности, но в состоянии ухаживать за собой без посторонней помощи; 3-я степень — умеренно выраженные признаки инвалидности: больной нуждается в некоторой посторонней помощи,

но может самостоятельно ходить; 4-я степень – выраженные признаки инвалидности: больной не в состоянии ходить без посторонней помощи и не в состоянии в значительной мере обеспечить уход за собой; 5-я степень – очень выраженные признаки инвалидности: больной прикован к кровати, нуждается в постоянном уходе.

У всех пациентов оценка инвалидизации проводилась через одинаковый промежуток времени после начала заболевания, т.е. с момента поступления до момента выписки из клиники. В табл. 3, 4 представлено распределение больных мужчин по степеням инвалидизации при цереброваскулярной патологии в зависимости от типа телосложения по Рэнкину.

Таблица 2

Соматотип	Показатели конституции по В.П. Чтецову						
	Пожилой возраст с ИИ		Средний возраст с ИИ		Хроническая церебральная ишемия		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Грудной ширококостный	2	5	0	0	1	6	3
Грудной грацильный	5	12	4	25	4	25	13
Брюшной	20	47	8	50	5	32	33
Мускульно-брюшной	4	10	15	0	5	31	24
Неопределенный	9	21	4	25	1	6	14
Астенический ширококостный	2	5	15	0	0	0	17

Таблица 3

Соматотип	Распределение пациентов пожилого возраста по степеням инвалидизации по Рэнкину											
	Степень											
	1я		2		3		4		5		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Грудной ширококостный	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	4,8
Грудной грацильный	0	0	4	80	0	0	1	20	0	0	5	12
Брюшной	3	15	5	25	8	40	3	15	1	5	20	48
Мускульно-брюшной	1	25	1	25	1	25	1	25	0	0	4	9,52
Неопределенный	1	11	6	67	0	0	2	22	0	0	9	21,4
Астенический	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	2	4,76

Таблица 4

Соматотип	Распределение пациентов среднего возраста по степеням инвалидизации по Рэнкину											
	Степень											
	1		2		3		4		5		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Грудной ширококостный	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	2	4,8
Грудной грацильный	0	0	4	80	0	0	1	20	0	0	5	12
Брюшной	3	15	5	25	8	40	3	15	1	5	20	48
Мускульно-брюшной	1	25	1	25	1	25	1	25	0	0	4	9,52
Неопределенный	1	11	6	67	0	0	2	22	0	0	9	21,4
Астенический	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Тяжелое течение заболевания (5-я степень) с крайне выраженными признаками инвалидности наблюдалось у пациентов пожилого возраста с брюшным (5%) типом телосложения. Вторую группу тяжелого течения (4-я степень) составили пациенты с мускульно-брюшным (25%), неопределенным (22%) и грудным грацильным соматотипами. Третью группу составили пациенты с грудным ширококостным и брюшным ти-

пами телосложения. Группу с легкими признаками инвалидности составили в основном пациенты с грудным грацильным соматотипом (80%). Из полученных данных видно, что в указанной возрастной группе все больные с выраженными признаками инвалидности имеют брюшной тип телосложения, а у пациентов с 1-й и 2-й степенью тяжести преобладают грудной грацильный, неопределенный соматотипы,

что доказывает защитную роль для мужчин мышечного компонента состава тела. Слабое развитие мускулатуры и преобладание жировой массы над мышечной у мужчин — важный механизм подверженности цереброваскулярной патологии.

Тяжелое течение заболевания (5-я степень) с крайне выраженными признаками инвалидности у пациентов среднего возраста наблюдалось при брюшном (5%) соматотипе. Вторую группу тяжелого течения (4-я степень) составили пациенты с брюшным (15%), неопределенным (22%), грудным грацильным (20%) и мускульно-брюшным (25%) соматотипами. Третью группу составили пациенты с брюшным (40%), грудным ширококостным (100%) и мускульно-брюшным (25%) типами телосложения. Первую и вторую группы с легкими признаками составили пациенты с грудным гра-

цильным (80%), брюшным (25%), мускульно-брюшным (25%), неопределенным (67%) соматотипами. По мере нарастания жирового компонента тела увеличивается степень выраженности неврологического дефицита.

Литература

1. Ганнушкина И.В., Баранчикова М.В и др. 1989.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. и др. 1999. С. 100.
3. Girox C., Scatton B. 1996.
4. Hossman K.F. Gerontology. 1987.
5. O'Neill m., Allain H., Bentuue-Ferrer D. et al. 1999. С. 14—15.
6. Калинин А.А., Неретин В.Я. и др. 1991. С. 12—13.
7. Антадзе З.И. и др. 1990. С. 34—36.
8. Семак А.Е., Адамович В.И. 2004. С. 67—68.
9. Хрисанфова Е.Н., Перевозчиков И.В., 1999. С. 203—207.
10. Вартапетов Б.А., Демченко А.Н., 1965; 1975.
11. Дильман В.М. 1978.
12. Стаут Р.У. 1985.
13. Фролькис В.В. 1984. С. 200.