

Г.А. Джунусбекова, М.К. Тундыбаева

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНО-АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: определить особенности вегетативного статуса в покое и при проведении вегетологических проб у больных артериальной гипертонией (АГ) с начальными признаками недостаточности кровоснабжения головного мозга (НПНКМ) и гипертонической энцефалопатией (ГЭ).

Материал: Обследовано 56 пациентов обоего пола с АГ II - III степени среднего и высокого риска (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 г.), 1 группа - 24 больных АГ без клинических признаков цереброваскулярного заболевания; 2 группа - 26 больных АГ с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ); 3 группа - 23 пациента АГ клиническая симптоматика которых соответствовала I-II стадии дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) (по классификациям НИИ неврологии РАМН, 1995). Вегетологическое обследование проводили на аппарате «Поли-Спектр-12» фирмы «Нейро-Софт» (г. Иваново). Определялись показатели временного и спектрального анализа. Всем пациентам проведена активная ортостатическая проба (АОП) и проба с контролируемой частотой дыхания (ПКЧД) с использованием методики Nerve Express, интерпретация показателей вегетативной регуляции сердца (ВРС) основывалась на рекомендациях Европейского общества кардиологов и Северо-Американского общества по кардиостимуляции и электрофизиологии (ESC/NASDE, 1996). Статистический анализ проведен программой «Statistica 6.0», «BIOSTAT».

Результаты: У пациентов с НПНКМ и особенно с ГЭ общая мощность спектра (TP) достоверно ниже, чем у больных АГ без ЦВЗ (соответственно $1854 \pm 64,75$, $1736 \pm 56,02$, $1586 \pm 66,21$, $p_{1-2} < 0,05$, $p_{1-3} < 0,001$). Причем у пациентов 2 группы - за счет снижения мощности

в диапазоне высокочастотных колебаний (HF), при отсутствии достоверной разницы показателей низкочастотных (LF) и очень низкочастотных (VLF) колебаний, у больных с ГЭ - за счет снижения мощности в диапазоне HF и LF, при отсутствии достоверной разницы в диапазоне VLF по сравнению с показателями пациентов с АГ без ЦВЗ. У пациентов 3 группы отмечено достоверное повышение коэффициента LF/ HF по сравнению с показателями 1 группы ($2,5 \pm 0,38$, $2,7 \pm 0,44$ и $3,46 \pm 1,2$, $p = 0,02$), значимой разницы между показателями 1 и 2 группы не установлено. При проведении активной ортостатической пробы (АОП), LF%, отражающий симпатическую реактивность у больных АГ без ЦВЗ возрастал на 14,2 %, у пациентов с НПНКМ на 10,8 %, у больных АГ с ГЭ снизился на 5%. При пробе с контролируемой частотой дыхания (ПКЧД), характеризующий парасимпатическую реактивность, HF% у больных АГ 1 группы уменьшался на 36 %, у пациентов с НПНКМ уменьшился на 12 %, у больных с ГЭ увеличился на 15%.

Выводы: У больных АГ развитие цереброваскулярного дефицита способствует снижению функционального состояния и адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, нарушается вегетативный гомеостаз с активацией симпатического отдела и периферической парасимпатической недостаточностью, что, по сути, является потенциально опасной ситуацией и может служить прогностически неблагоприятным признаком развития осложнений у больных АГ, поскольку свидетельствует об уменьшении резервных возможностей симпатической регуляции системы кровообращения, не способной обеспечить необходимого коронарного и церебрального кровотоков в конкретной ситуации.