

ИЗУЧЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ПРОЦЕССОВ СТАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Алексей Николаевич Бобряков, Владимир Иванович Окладников, Наталья Григорьевна Бреева
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра нервных болезней, зав. – д.м.н., проф. В.И. Окладников)

Резюме. Обследовано 65 пациентов с первично-хроническими формами нарушений мозгового кровообращения. Проведено измерение биологического возраста и скорости старения организма. Увеличение скорости старения наблюдалось у 49,2% пациентов. У этих пациентов отмечена вегетативная дисфункция, дизонтогенетический статус, метаболический синдром, дезадаптационное состояние психофизиологического типа, а у женщин – отягощенность гинекологического анамнеза.

Ключевые слова: биологический возраст, первично-хронические нарушения мозгового кровообращения, факторы риска цереброваскулярных заболеваний.

STUDY OF LAWS OF AGING PROCESSES IN PATIENTS WITH PRIMARY CHRONIC CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

N.A. Bobryakov, V.I. Okladnikov, N.G. Breeva
(Irkutsk State Medical University)

Summary. 65 patients with primary chronic forms of cerebral circulation failure were examined. Measurement of biological age and aging rate of patients was carried out. The increase of aging rate was observed in 49,2% of the patients. In these patients there were noted vegetative disfunction, disontogenetical status, metabolic syndrome, disadaptive state of psychophysiological type and in women, in addition, gynecological history was loaded.

Key words: biological age, primary chronic disturbances of cerebral circulation, risk factors of cerebrovascular diseases.

В мире более 10 млн. человек страдают цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ). Хронические нарушения мозгового кровообращения (ХНМК) являются важным фактором риска развития острых нарушений мозгового кровообращения, что подтверждается проспективными исследованиями. На основании эпидемиологических исследований ХНМК к настоящему моменту установлено, что возраст пациента является некорректируемым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и ЦВЗ. Считается, что риск развития сердечно-сосудистых заболеваний повышается у мужчин в возрасте старше 55 лет и у женщин старше 65 лет; распространенность ЦВЗ увеличивается прямо пропорционально возрасту пациентов и становится наиболее высокой в старшей возрастной группе. Население мира становится старше: каждый 10-ый имеет возраст старше 60-ти лет, а соответственно и распространенность ЦВЗ неуклонно растет.

Эти данные позволяют считать ХНМК возрастной патологией, в качестве центрального звена патогенеза которой указывается дисциркуляция в церебральных сосудах, приводящая, в свою очередь, к количественным и качественным изменениям нейронов. Отмечается тенденция к «омоложению» контингента больных ЦВЗ.

Последнее положение позволяет также предположить, что темпы старения у таких пациентов увеличены. А это в свою очередь заставляет пересмотреть положение о фиксированном и строго определенном возрастном пороге риска развития ЦВЗ. Более информативным в данном аспекте считается величина не хронологического (календарного, паспортного) возраста, а биологического возраста — модельного понятия, определяемого как соответствие индивидуального морфофункционального уровня некоторой средне-статистической норме данной популяции, отражающего неравномерность развития, зрелости и старения различных физиологических систем и темп возрастных изменений адаптационных возможностей организма [2].

В литературе имеются данные о несоответствии биологического и календарного возраста у пациентов с ДЭ [2]. Подчеркивается важная роль определения биологического возраста в выборе тактики немедикаментозной коррекции НПНМК [5]. Однако исследований биологического возраста у пациентов с первично-хроническими цереброваскулярными заболеваниями явно недостаточно.

Целью данной работы является восполнение этого пробела.

Материалы и методы

Обследовано 65 пациентов клиники нервных болезней ИГМУ с первично хроническими формами нарушений мозгового кровообращения различной степени выраженности, среди них 44 женщины и 21 мужчина.

Возраст пациентов 20-81 лет, из них лица зрелого возраста I (20-35 лет) составили 8 человек, лица зрелого возраста II (36-60) лет — 30, лица пожилого возраста (61-74 лет) — 18 и лица старческого возраста — 9. В периодизации хронологического возраста половые различия не учитывались, поскольку в принятой в нашей стране схеме [5] показатели возраста отличаются скорее по социально-экономическим, чем по биологическим характеристикам. По нозологическим формам: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК) — 10 человек (5 мужчин и 5 женщин), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) 1 ст. — 6 (5 женщин и 1 мужчина), ДЭ 2 ст. — 35 (25 женщин и 10 мужчин), ДЭ 3 ст. — 8 (5 женщин и 3 мужчины) и энцефалопатия сочетанного генеза — 6 (4 женщины и 2 мужчин).

Критериями включения пациентов в исследование являлись:

а) наличие 2-х и более жалоб из 12-ти характерных для цереброваскулярных заболеваний, возникающих не реже 1 раза в неделю в течение последних трех месяцев или дольше,

б) отсутствие в анамнезе ОНМК, тяжелой ЧМТ, нейроинфекций, наследственных неврологических заболеваний, онкологической патологии ЦНС.

Все пациенты прошли полное клинико-неврологическое обследование:

- сбор жалоб, характерных для пациентов с ЦВЗ, осуществлялся по унифицированному опроснику;

- для изучения анамнеза использовалась карта, составленная на основании приказа МЗ СССР №770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», приложение №8;

- для оценки стрессогенных жизненных событий применялся опросник Холмса-Рейха;

В исследовании неврологического статуса использовались следующие методы:

- стандартное неврологическое обследование по общепринятой схеме;

- личностно-когнитивная сфера изучалась с помощью тестов MMSE, FAB, теста рисования часов, определялся психофизиологический тип и его адаптационное состояние [4];

- состояние вегетативной сферы оценивалось с помощью шкалы для выявления признаков вегетативных нарушений.

Результатом интеграции результатов неврологического обследования по различным методикам являлась оценка в баллах степени неврологического дефицита. Если она соответствовала начальным проявлениям недостаточности мозгового кровообращения (наличие 2-х и более жалоб с частотой 1 раз в неделю и чаще на протяжении 3 последних месяцев, отсутствие когнитивного дефицита и органических знаков) — то степень неврологического дефицита оценивалась в 0 баллов. Соответствие ДЭ 1 ст. (наличие жалоб, отсутствие когнитивного дефицита и рассеянные органические знаки) — 1 балл, соответствие ДЭ 2 ст. (жалобы, определенный ведущий синдром, субклинический когнитивный дефицит) — 2 балла, и соответствие ДЭ 3 ст. (сосудистая деменция, сосудистый паркинсонизм и др.) — 3 балла.

Измерение биологического возраста, вычисление должного биологического возраста и скорости старения организма осуществлялось по методике С.Г. Абрамовича и соавт. [1] с использованием компьютерной программы.

Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel, для изучения связи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, для изучения достоверности различий между группами пациентов с увеличением и уменьшением скорости старения использовался критерий Колмогорова-Смирнова (λ_2). Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Пациенты, биологический возраст которых был меньше должного или превышал должный биологический возраст на величину не более 1 года, были отнесены нами к группе с нормальной скоростью старения и составили 50,8%. Пациенты, биологический возраст которых превышал должный на величину 1-4 года были отнесены к группе легкой прогерии (23%), на величину 5-8 лет — умеренной прогерии (13,9%) и на величину 9 и более лет — выраженной прогерии (12,3%). Таким образом, среди наших пациентов 49,2% имели ускорение процессов старения.

Изменение скорости старения в разных хронологических возрастных группах наших пациентов имело свои особенности. Среди лиц в возрасте до 35 лет 50% пациентов имели нормальные показатели скорости старения, у 25% выявлена легкая, у 25% — умеренная прогерия. В группе лиц 36-60 лет нормальные показатели скорости старения имели лишь 30% пациентов, у 36,7% выявлена легкая прогерия, у 16,7% — умеренная и у 17,7% — выраженная прогерия. В группе лиц 61-74 года нормальная скорость старения отмечена у 61,1% пациентов, легкая прогерия выявлена в 11,1% случаев, умеренная — в 11,1% и выраженная в 16,7% случаев. В группе старше 75 лет у 100% пациентов отмечалась нормальная скорость старения (рис. 1).

Средняя скорость старения в группе зрелого возраста I составила $+1,00 \pm 5,06$, в группе

зрелого возраста II ($36-60$ лет) $+4,18 \pm 5,57$, в группе пожилого возраста ($61-74$ лет) $-1,88 \pm 8,39$, в группе старческого возраста (старше 75 лет) $-8,95 \pm 7,89$.

В клинической картине у наших пациентов выявлены следующие синдромы: 1) цефалгический синдром, в группе с нормальной скоростью старения он выявлен в 81,8% случаев, в группе прогерии — в 93,75%; 2) синдром вестибуло-координаторных нарушений в группе нормы — 90,9% случаев, в группе прогерии — 93,75%; 3) амиостатический синдром в группе нормы — 54,5%, в группе прогерии — 25% случаев; 4) синдром пирамидной недостаточности в группе нормы — в 51,5%, в группе прогерии — 75%; 5) дистонически-гиперкинетический синдром в группе нормы — 15,2%, в группе прогерии — 21,9% случаев; 6) синдром нейроэндокриннообменных нарушений в группе нормы — 6,1%, в группе прогерии — 9,4%; 7) рефлексы орального автоматизма в группе нормы — 66,7% случаев, в группе прогерии — 43,75% случаев; 8) нарушения чувствительности по полиневритическому типу в группе нормы — 36,4%, в группе прогерии — 21,9%, по корешковому типу (проявления сопутствующего остеохондроза позвоночника) в группе нормы — 12%, в группе прогерии — 15,6%, нарушение двумерно-пространственного чувства в группе нормы — 9,1%, в группе прогерии — 3,1%.

Динамика изменения биологического возраста наших пациентов относительно хронологического возраста была прослежена с использованием метода наименьших квадратов. До 52 лет биологический возраст выше хронологического, затем напротив имеется тенденция к уменьшению биологического возраста относительно хронологического. Отчетливо намечается тенденция ускорения процессов старения в молодом возрасте и замедление их в более пожилом возрасте.

С целью выявления факторов, определяющих скорость старения организма, был проведен корреляционный анализ, в результате которого выяснено, что имеется прямая корреляционная зависимость между величиной биологического возраста, а также скоростью старения организма и степенью выраженности проявлений дисфункции вегетативной нервной системы. Установлена прямая зависимость между величиной биологического возраста и уровнем стрессорных воздействий на пациента, а также сильная прямая зависимость между величиной биологического возраста и степенью неврологического дефицита.

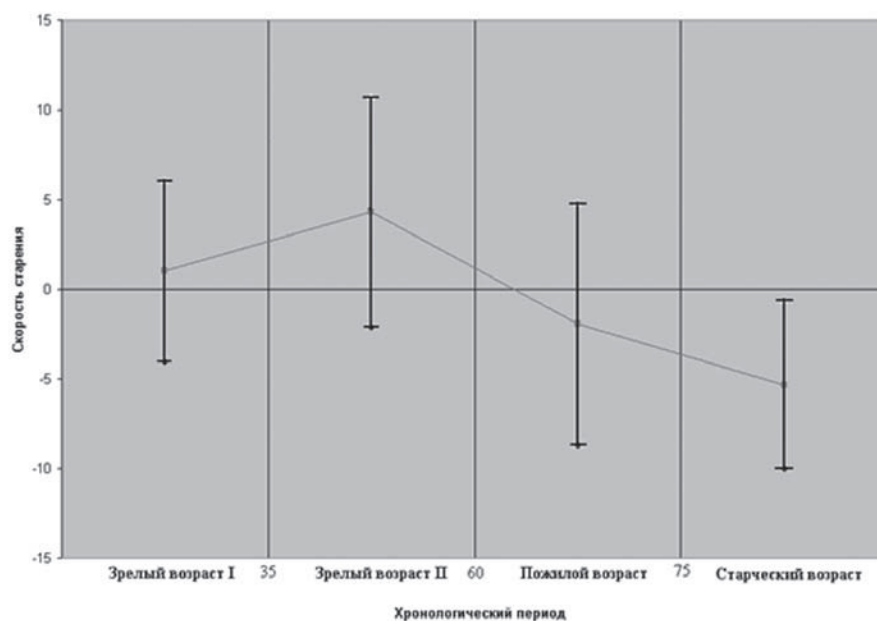


Рис. 1. Средняя скорость старения пациентов в разные хронологические периоды жизни.

Обратная зависимость средней силы выявлена между биологическим возрастом и баллами батареи лобных тестов, величиной индекса Кердо и шкалой интуиция-сенсорика персонотестов пациентов. Последний факт отражает снижение в структуре личности показателей сенсорики и, как следствие, сдвиг показателя в сторону интуиции.

При сравнении различных показателей у пациентов из группы с умеренной и выраженной прогерией и у пациентов с выраженным уменьшением скорости старения (биологический возраст которых оказался на 5 лет меньше должного) достоверно отличались показатели батареи лобных тестов и шкалы выраженности вегетативных нарушений.

Обращает на себя внимание различная частота встречаемости амиостатического синдрома: так в группе с уменьшением скорости старения она составила 52,6%, а в группе с увеличением – лишь 19,0%.

Было отмечено более высокий процент лиц с ускоренными темпами старения среди пациентов с наличием дисметаболических нарушений (сахарный диабет или нарушение толерантности к углеводам), имеющих диагноз «энцефалопатия сочетанного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая)», среди пациентов с различными проявлениями дизонтогенеза (имевших проявления детской неврастии, с молодых лет имевших проявления ангиодистонии, сочетание заболевания с множественными дисгенетическими признаками), а также среди женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом.

Результаты исследования личностного профиля пациентов показали, что основная часть пациентов имеет различные адаптационные состояния психофизиологического типа (55%), а среди лиц с проявлениями дезадаптации большая часть (17,5%) имеет увеличение скорости старения.

Изучение закономерностей процесса старения у пациентов с первично-хроническими нарушениями мозгового кровообращения показало, что максимальное увеличение скорости старения организма (+4,29832 ± 6,423937) приходится на период 35-60 лет, а уменьшение ее – в пожилом и старческом возрасте (до -5,32893 ± 4,688013).

Отмечается значимо более высокая степень вегетативной дисфункции у пациентов с увеличением скорости старения в сравнении с группой пациентов с нормальной скоростью старения (45,38±11,24 и 32,91±8,12 соответственно, $\lambda_2 = 1,94$). Кроме того, отмечается прямая корреляционная зависимость средней силы между степенью вегетативной дисфункции и величиной биологического возраста ($p=0,369$), а также скоростью возрастных изменений ($p=0,493$).

Увеличение скорости старения чаще наблюдалось среди дизонтогенетически стигматизированных пациентов (71,4%), пациентов с метаболическим синдромом (75%), пациентов, а также среди пациентов, персонотестов которых выражала дезадаптационное состояние личности (17,5%), а также среди женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом (83,3%).

В неврологическом статусе пациентов группы с уменьшением скорости старения отмечено преобладание выраженности амиостатического синдрома, что косвенно может свидетельствовать о преобладании нейродегенеративного (в частности, гередодегенеративного) компонента патогенеза имеющихся у них расстройств.

Мы надеемся, что ранняя диагностика и коррекция вышеуказанных нарушений позволит замедлить процессы старения организма и внесет существенный вклад в первичную профилактику нарушений мозгового кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамович С.Г., Щербакова А.В., Михалевич И.М. и др. Способ определения биологического возраста человека // Справка №2005120556/14 (023233).
2. Антипенко Е.А., Анисимова Л.М., Одинцов Е.А., Густов А.В. Особенности когнитивного дефекта при дисциркуляторной энцефалопатии (возрастной аспект): Тез. докл. и сообщ., конф. РАН «Старение и долголетие: систем. и междисциплинар. подходы», Москва, 25 апреля 1997. // Цитология. — 1997. — Т. 39. — №6. — С. 452
3. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — с.
4. Окладников В.И. Личность (типология, адаптация, коррекция). — Иркутск, 2010. — с.
5. Штырков В.Н. Диагностика и немедикаментозная коррекция начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003. — 23 с.

Информация об авторах:

664003, Иркутск, ул. Красного восстания, 1, тел. (3952) 243331
Бобряков Алексей Николаевич – аспирант,
Окладников Владислав Иванович – заведующий кафедрой, профессор,
Бреева Наталья Григорьевна – заведующая отделением Клиники нервных болезней

© ГРУЗДЕВА О.В., БАРБАРАШ О.Л., ПАЛИЧЕВА Е.И., АКБАШЕВА О.Е., ФЕДОРОВА Т.С., ДЫЛЕВА Ю.А., ШУРЫГИНА Е.А.,
КАШТАЛАП В.В., БРАЗОВСКАЯ Н.Г., БАРБАРАШ Л.С. — 2011
УДК 616.127-005.8-07

РОЛЬ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ольга Викторовна Груздева¹, Ольга Леонидовна Барбара^{1,2}, Елена Ивановна Паличева^{1,2}, Ольга Евгеньевна Акбашева³, Татьяна Сергеевна Федорова³, Юлия Александровна Дылева¹, Екатерина Александровна Шурыгина¹, Василий Васильевич Кашталап¹, Наталья Георгиевна Бразовская³, Леонид Семёнович Барбара¹
(¹Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, директор — акад. РАМН Л.С. Барбара; ² Кемеровская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. В.М. Ивойлов; ³ Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Томск, ректор — д.м.н., проф., акад. РАМН В.В. Новицкий)

Резюме. Инфаркт миокарда с клиническими признаками острой сердечной недостаточности сопровождается существенным повышением концентрации свободных жирных кислот в момент проявления острого болевого приступа, что сохраняется и в период стабилизации состояния. В тоже время, дислипотеинемия, характеризующаяся увеличением атерогенных транспортных форм липидов и снижении антиатерогенных, существенно не зависит от клинического течения заболевания и характеризуется вариацией в ответ на лечение. Оценка уровня свободных жирных кислот может являться не только диагностическим маркером острой ишемии, но и использоваться для стратификации риска острых коронарных событий.

Ключевые слова: свободные жирные кислоты, инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность.