

более значимый клинический эффект достигается применением комплексного лечения, включающего рефлексотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконов Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Т.1. – М.: Медицина, 1987, 448 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998, 750 с.
3. Вейн А.М., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Вегетативная дистония. – М., 1996, 373 с.
4. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. Руководство. – М.: Медицина, 1997, 352 с.
5. Шварков С.Б., Вейн А.М., Ковров Г.В., Посохов С.И. Эпидемиология вегетативных нарушений у московских школьников. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1993, Т.93, №6, с. 59 – 61.
6. Шварков С.Б. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1993

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Е.Г. Клочева

Изучению вегетативных нарушений в остром периоде геморрагического инсульта посвящены ряд исследований, в которых, наряду с кардиоваскулярными, отражены гипоталамические дисфункции [2, 4, 5, 6 – 12]. Однако подтверждение вегетативных расстройств при геморрагическом инсульте требует специальных методов исследования, поскольку нередко на первый план выступают общемозговые и грубые очаговые неврологические симптомы. Вместе с тем, характер и степень вегетативной дисфункции в отдаленном периоде кровоизлияния изучены недостаточно.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния вегетативного гомеостаза у больных в отдаленном периоде геморрагического инсульта.

Обследовано 172 больных внутричерепными кровоизлияниями, из них у 104 были внутримозговые, у 68 – субарахноидальные. Локализация внутримозговых кровоизлияний была следующая: медиальная – 11 чел, латеральная – 21, лобарная – 34, смешанная – 8, в мозжечке – 25, в мосту мозга – 5. Среди субарахноидальных кровоизлияний причиной у 36 больных явился разрыв аневризмы, АВМ, у 16 – гипертоническая болезнь, у 16 – этиология невыясненная.

Наряду с неврологическим осмотром использовалась схема исследования (вопросник) для выявления признаков вегетативных нарушений, разработанная Российским Центром вегетативной патологии, позволяющей подтвердить наличие синдрома вегетативной дистонии [1]. По схеме у здоровых лиц сумма баллов при изучении признаков вегетативной дистонии не превышала 25. Для оценки вегетативного тонуса использовали комплекс традиционных вегетативных показателей: частота сердечных сокращений (ЧСС) артериальное систолическое (АДс) и диастолическое давление (АДд), частота дыхания (ЧД). ЧСС регистрировали по кардиоинтервалограмме.

Для динамического количественного исследования симпатико-парасимпатических соотношений и оценки вегетативного обеспечения деятельности у больных геморрагическим инсультом производили компьютерную кардиоритмографию (КРГ) с помощью диагностической системы «Валента», разработанной Санкт-Петербургским научно-производственным предприятием «Нео». Использование диагностической компьютерной программы «Валента» позволяло получить 26 математических характеристик: 10 статистических, 5 волновых, 8 комбинированных, 3 дифференциальных показателя. Методика начиналась с адаптации больного в положении лежа (расслабленное бодрствование, условно обозначенное «покой») 15 мин., от 10⁰⁰ до 12⁰⁰ час, затем производилась запись ритмограммы (500 кардиоинтервалов). Результатом дальнейшего компьютерного анализа являлись: функция вариации ритма, отфильтрованная в трех диапазонах; гистограмма распределения R – R интервалов, вариационная пульсограмма, скаттерограмма и статистические характеристики, включая показатели по Баевскому Р. М., диаграмма спектрального распределения мощностей волн, заключение о характере аритмии и влиянии симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы на регуляцию синусового ритма по Жемайтите Д. И. [3]

Для характеристики баланса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы при анализе волновой структуры сердечного ритма по программе «Валента» выделяли три основных диапазона: быстрые волны БВ (HF-high frequency), высокочастотные от 0,1 до 0,5 Гц, определяемые частотой дыхания; медленные волны второго порядка МВ2 (LF – low frequency) низкочастотные от 0,03 до 0,1 Гц; медленные волны первого порядка МВ1 (VLF- very low frequency) особо низкочастотные до 0,03 Гц. Для более полной оценки степени вегетативного баланса использовали определение значения дифференциального индекса ритма ($Rr_i + 1 - RR_i / RR_i + 1$, где i – номер текущего интервала), триангулярного индекса (N / AM в

интервале 1/128 с, AM – амплитуда моды), а также соотношения показателей $\frac{MB2}{BB}$ (коэффициент

централизации) и $\frac{MB1}{BB}$.

С целью выяснения характера реакции на тонизирование парасимпатического отдела ВНС применяли пробу с управляемым дыханием. Для исследования вегетативного обеспечения деятельности проводили актив-

ную ортоклиностатическую пробу (АОКП) Анализ АОКП строится на основании 2 факторов: характер ритмограммы по реакции симпатической или вагусной направленности на I и II, II и III этапах исследования и характер переходного процесса между I и II, между II и III этапами. Оценка переходного процесса осуществлялась автоматически. При нормальной реакции на АОП регистрируется коэффициент реакции (Кр), определяющий

соотношение RR max и RR min следующим образом:
$$\frac{RR \max - RR \min}{RR \max} \cdot 100 \% \text{ должен быть не меньше}$$

20%. Сниженная реакция – Кр меньше 20%, парадоксальная реакция – Кр больше 30%.

Исследование данных вопросника для выявления признаков вегетативных нарушений у больных внутримозговыми кровоизлияниями показало, что, несмотря на значительный регресс неврологической симптоматики, у 89,5% больных выявлялся психовегетативный синдром, признаками которого было сочетание цефалгических (62,5%), кардиоваскулярных (36,4%), астенических (25%), диссомнических (11,2%), дисфорических проявлений (15,4%). Причем, отмеченные цефалгии у всех больных имели четкую метеозависимость, сопровождалась ощущением тяжести в голове, а также головными болями напряжения. Кардиоваскулярные проявления характеризовались неприятными ощущениями в области сердца (чувством сдавления, изменением частоты сердечных сокращений), чувством нехватки воздуха, онемения, похолодания в пальцах рук. Астенические – повышенной раздражительностью, быстрой утомляемостью; диссомнические – нарушалась формула сна (трудность засыпания, прерывистый, укороченный сон); дисфорические – сменой настроения, появлением замкнутости, нежеланием общения с окружающими. Средняя сумма баллов при оценке признаков вегетативных нарушений по вопроснику составила $45,3 \pm 3,3$ балла (в контрольной группе – 25). Наряду с перманентными вегетативными нарушениями (84,7%), в 4,8% имелись вегетативные кризы. Отсутствие вегетативных нарушений отмечено в 10,5% наблюдений.

Результаты математического анализа компьютерной кардиоритмографии при внутримозговых кровоизлияниях показали, что в дополнение к сведениям, полученным по вопроснику, у больных длительный период сохранялась дисфункция надсегментарных систем вегетативной регуляции, о чем свидетельствовало снижение общей мощности волн, повышение церебральной эрготропной (доминирование медленноволновой MB₁) активности при недостаточности вагальных и барорефлекторных симпатических механизмов гомеостатической регуляции. При локализации геморагии в левом полушарии (таламические, обширные латеральные, смешанные), в мосту мозга у больных в покое выявлялось значительное усиление парасимпатического влияния на регуляцию сердечного ритма. Локализация кровоизлияния в правом полушарии при таламических и лобарных (гематома в лобной области) отличалась усилением симпатического влияния на регуляцию сердечного ритма. Отмечены достоверных изменения: среднее квадратичного отклонения

(СКО), коэффициента централизации $\frac{MB_2}{BB}$, триангулярного индекса (ТИ), дифференциального индекса

ритма (ДИР), коэффициент реакции – КР.

При субарахноидальных кровоизлияниях (САК) результаты вопросника указывали на признаки синдрома вегетативной дистонии в 84% наблюдений, которые у 78% проявлялись сочетанием перманентных нарушений (цефалгическими – у 50 %, кардиоваскулярными – у 38%, астеническими – у 40%), а у 6% в сочетании с вегетативными кризами. Средняя сумма баллов при анализе данных вопросника составила $38,0 \pm 2,7$ баллов, что было несколько ниже суммы баллов при внутримозговых кровоизлияниях, но отличалось от контрольной группы (25 баллов). У 16 % обследованных имелся вегетативный баланс.

Анализ результатов компьютерной кардиоритмографии в отдаленном периоде у больных субарахноидальными кровоизлияниями, обусловленными разрывом артериальной аневризмы, АВМ, при левосторонней локализации выявил преобладание парасимпатического влияния; при правосторонней локализации аневризмы, АВМ – усиление симпатического влияния на регуляцию сердечного ритма. У больных гипертоническими субарахноидальными кровоизлияниями отмечалось повышение церебральной эрготропной (MB₁) и снижение барорефлекторной симпатической активности (MB₂). В наблюдениях с субарахноидальными кровоизлияниями невыясненной этиологии имело место доминирование медленноволновой активности (MB₁) в сочетании с повышением симпатической сегментарной регуляции. Отмечено достоверное изменение индекса централизации, ТИ, ДИР.

Изучение данных вопросника в сопоставлении с результатами кардиоритмографии у всех больных геморрагическим инсультом в отдаленном периоде выявило наличие психовегетативного синдрома (87,8%) с признаками повышения надсегментарного уровня вегетативной регуляции (доминирование медленноволновой активности MB₁).

Результаты функциональных проб у большинства больных (62%) выявляли признаки патологической адаптации. Дыхательная проба у 74% пациентов отражала варианты вегетативного дисбаланса как ваготонический, так и симпатикотонический тип реакции. Выполнение ортостатической пробы показало, что происходит усиление медленноволновой активности и снижение сегментарных парасимпатических (BB) и симпатических (MB₂) влияний (сравнение показателей I и II этапов пробы), характеризовалось парадоксальной реакцией (62%) и указывало на ригидность механизмов вегетативной адаптации. Восстановления в соотношении показателей при клиностатической пробе (II и III этапы пробы) также не происходило. У 28%

больных выполнение АОКП указывало на снижение реакции. На основании сравнения показателей кардиоритмографии при выполнении АОКП у больных с контрольной группой подтверждена неполноценность систем адаптации, которая сохраняется у больных в отдаленном периоде.

Таким образом, результаты проведенного исследования у больных геморрагическим инсультом в отдаленном периоде свидетельствуют о нарушении интегративных функций лимбико-ретикулярного комплекса, неполноценности адаптационных систем организма, что подтверждается выявлением у большинства обследуемых психовегетативного синдрома, признаков вегетативной дисрегуляции в сердечно-сосудистой системе, по данным кардиоритмографии, в виде доминирования медленноволновой активности МВ₁, указывающей на преобладание центральной регуляции над сегментарными влияниями на сердечный ритм, которые без соответствующей коррекции сохраняются у больных длительный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетативно-сосудистая дистония. – М.: Медицина, 1981. 306 с.
2. Долгов А.М., Стадников А.Л. Морфофункциональная характеристика миокарда при острой ишемии мозга // Ж. невропатол. и психиатр. – 1994. – № 2. – С. 38 – 40.
3. Жемайтис Д.И. Выводы о результатах анализа сердечного ритма и экстрасистолии по ритмограмме // Метод. рекомендации. – М., 1981.
4. Ильинский Б.В., Астраханцева С.П. Электрокардиограмма при острых нарушениях мозгового кровообращения. – Ташкент, 1971.
5. Одинак М. М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. – СПб, 1997.
6. Самойлов В.И. Субарахноидальное кровоизлияние. – Л., 1990.
7. Фонакин А.В. Ишемический инсульт: кардиальная патология в патогенезе, течении прогнозе // Автореф. дис. ... д-ра мед наук. – М., 2000.
8. Asplin B.R., White R.D. Subarachnoid hemorrhage atypical presentation associated with rapidly changing cardiac arrhythmias // Am. J. Emerg. Med. – 1994. – Vol. 12. – N 3. – P. 370-373.
9. Crompton M.R. Hypotalamic lesion following the rupture of cerebral berry aneurysms // Brain. – 1963. – Vol. 86. – N 2. – P. 301-314.
10. Doshi R., Neil-Dwyer G. Hypotalamic and myocardial lesion after subarachnoid hemorrhage // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. – 1977. – Vol. 40. – P. 821-826.
11. Goldstein B. et al. Relationship between blood pressure and subarachnoid lesions in healthy elderly people // Stroke. – 1998. – Vol. 29. – P. 765-772.
12. Larenzano S. et al. Intraventricular conduction abnormalities on 6- hour ECG predict 30 day poor outcome in acute stroke patients // Cerebrovascular diseases. Abstracts 8-th European Stroke Conference. – Italy, 1999. – P. 87.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭМОЦИОГЕННОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

А. В. Вахмистров

Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова

В настоящее время с проблемой ожирения связан определённый парадокс. С одной стороны, в представлении некоторых врачей, не работающих непосредственно с такими больными, существует некое пренебрежение к данной проблеме, часто выражаемое фразами типа «а что тут лечить – пусть едят меньше и всё!». С другой стороны, опыт всех специалистов в этой области свидетельствуют о том, что терапия ожирения крайне трудна. В настоящее время ожирение называют хронической болезнью, требующей постоянного лечения [7]; критерии эффективности терапии снижены до минимума [3]; по данным большинства источников лишь 5 – 10% процентов удерживают достигнутый вес в течение двух лет после консервативного лечения [3,6,7]. Однако если рассматривать больных ожирением не с точки зрения их жировой ткани, а с точки зрения их мотивационно-поведенческой сферы, кажущийся парадокс пропадает и всё встаёт на свои места. Именно нарушения пищевой мотивации, выражающиеся в различных нарушениях пищевого поведения, приводят к тому, что пациенты просто не могут «меньше есть». В норме пищевая мотивация, т. е. стремление человека к пище обусловлено ощущениями голода и насыщения. Если пищевая мотивация извращается, стремление к пище будет возникать уже в ответ не на чувство голода, а как реакция на другие стимулы, например, на внешний вид еды, как при экстернальном пищевом поведении или в ответ на возникновение отрицательных эмоций, как при эмоциогенном пищевом поведении (ЭПП). Именно оно играет ведущую роль в нарастании массы тела у большинства больных ожирением [1,2,3,7,8]. Это те люди, которые «заедают» стресс. В последнее время ЭПП оказалось в поле зрения многих исследователей. Было показано, что ЭПП является своеобразной, социально приемлимой патологической формой защиты от стрессовых состояний, которая свойственна для стрессодоступных, высоко социальноориентированных, «полезависимых», психически незрелых личностей, склонных к тревожно-депрессивным реакциям [1,2]. Была изучена и биохимическая основа ЭПП, связанная, как показали исследования, с дефицитом в ЦНС моноаминов, прежде всего серотонина [8]. Больные с ЭПП предпочитают высококалорийную богатую углеводами пищу. Повышенное поступление углеводов приводит последовательно к возникновению гипергликемии и гиперинсулинемии. Высокий уровень инсулина повышает проницаемость гематоэнцефалического барьера для триптофана. Триптофан является предшественником серотонина, поэтому уровень последнего в ЦНС в результате нормализуется, больные испытывают эмоциональный комфорт. Необходимо иметь в виду, что дефицит серотонина приводит не только к развитию ЭПП, он вызывает также ряд коморбидных ожирению расстройств: депрессию, фобии, агрессивность, обсессивно-компульсивные проявления,