

Морфофункциональные характеристики у женщин среднего и пожилого возраста с ишемическим инсультом

Кухарева И.Н.¹, Доронин Б.М.²

Morphologic functional characteristics in middle and elderly aged women with ischemic stroke

Kukhareva I.N., Doronin B.M.

¹ МУЗ «Городская больница № 11», г. Кемерово

² Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

© Кухарева И.Н., Доронин Б.М.

Проведено исследование морфофункциональных характеристик женщин среднего и пожилого возраста с ишемическим инсультом. Показано, что тяжесть заболевания и определение группы инвалидности объясняются возрастным эстрогенодефицитом как одним из факторов риска.

Ключевые слова: женщины, ишемический инсульт, факторы риска.

The morphologic functional characteristics in middle and elderly aged women with ischemic stroke were examined. It is shown that disease difficulty and disablement group definition may be explain by oestrogen deficit – one of risk factors.

Key words: women, ischemic stroke, risk factors.

УДК 616.12-008.46-053.2:001.891

Введение

В последние годы большое значение в развитии ишемического инсульта (ИИ) придается патобиохимическим изменениям, играющим основную роль в процессах раннего и отсроченного повреждения мозговой ткани [3, 4]. Данные экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о том, что подобные нарушения сопровождаются изменениями гормонального гомеостаза [1, 8]. Поэтому стало совершенно очевидным, что к возникновению мозгового инсульта приводит одновременное воздействие нескольких факторов риска (ФР). Одни из них готовят инсультогенную ситуацию, а другие непосредственно включают механизм ее развития. При этом набор ФР в каждом конкретном случае сугубо индивидуальный [5, 10].

До настоящего времени вопросы патогенеза атеросклероза остаются недостаточно изученными, как и роль морфофункциональных особенностей организма в возникновении сосуди-

стых катастроф. Большое значение имеют соотношения активного и неактивного компонента тела, особенности нейроэндокринной, сердечно-сосудистой систем [9] и влияние уровня половых гормонов.

Возрастной эстрогенодефицит представляет собой связанный со старением клинический и биохимический синдром, характеризующийся типичными симптомами хронической недостаточности системного действия эстрогенов, которые проявляются рядом метаболических нарушений, возникающих у женщин в период старения и характеризующихся прежде всего увеличением массы тела с формированием абдоминального ожирения, инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. Кроме того, часто отмечается дислиппротеинемия, повышенное содержание факторов тромбообразования в крови и нарушение функции эндотелия. Все эти изменения являются звеньями патогенеза атеросклероза и приводят в конечном итоге к острому

нарушению мозгового кровообращения, что значительно снижает качество жизни [2, 8, 10].

Наиболее важными ФР считаются возраст, мужской пол, гиперлипидемия, артериальная гипертензия (АГ), ожирение, окклюзионно-стенозирующее поражение магистральных артерий головы, курение, гиподинамия. Этим факторам принадлежит значительная роль в развитии ИИ в период возрастной гормональной перестройки у женщин.

Ожирение, нарушение липидного состава крови, инсулинорезистентность составляют метаболический синдром (МС), который начинает проявляться сахарным диабетом типа 2 (СД-2) и сердечно-сосудистой патологией. Данные эпидемиологических исследований позволяют заметить, что у женщин с МС, сердечно-сосудистой патологией понижен уровень эстрогена по сравнению со здоровыми ровесниками

Главенствующая роль в развитии менопаузального метаболического синдрома (ММС) принадлежит ожирению или избыточной массе тела. Одним из звеньев патогенеза ожирения при ММС выступает замедление базального метаболизма (расхода энергии) на фоне дефицита половых гормонов. Показано, что снижение скорости базального метаболизма у женщин в постменопаузе соответствует прибавке массы тела 3–4 кг в год. Установлено, что прибавка массы тела происходит не только за счет увеличения количества жира, но и его перераспределения в области брюшной стенки и уменьшения массы мышечной ткани.

В настоящее время известно, что женские половые гормоны контролируют обмен жиров и углеводов в организме. Эстрогены ускоряют процессы расщепления жиров и подавляют синтез липидных фракций, способствующих развитию атеросклероза. Нарушение липидного обмена у больных ожирением, как правило, проявляется гипертриглицеридемией и снижением содержания липопротеидов высокой плотности. Дислипидемия как одна из составляющих ММС положительно коррелирует со степенью дефицита эстрадиола. Практически все метаболические нарушения, возникающие после менопаузы, взаимосвязаны между собой и еще более

усугубляют неблагоприятное влияние дефицита половых стероидов на сердечно-сосудистую систему. Конечно, это касается и инсулинорезистентности, которая считается ключевым признаком ММС и практически всегда сочетается с абдоминальным ожирением.

Так, конституциональная предрасположенность совместно с эстрогенодефицитом может привести к развитию АГ, являющейся ФР возникновения ишемического инсульта.

Цель работы – изучить конституциональные и клиничко-патогенетические особенности пациенток среднего (45–59 лет) и пожилого (60–75 лет) возраста с ИИ в период гормональной перестройки; выявить морфофункциональные показатели организма и особенности соматотипа на примере ИИ в группе женщин среднего и пожилого возраста для формирования групп диспансерного наблюдения на поликлиническом этапе для профилактики и прогнозирования.

Материал и методы

В исследуемую группу вошли 85 пациенток среднего (45–59 лет) и пожилого (60–75 лет) возраста с ИИ, госпитализированных в неврологическое отделение городской клинической больницы № 11 г. Кемерово.

Критерии включения в исследование: женщины среднего (45–59 лет) и пожилого (60–75 лет) возраста в острейший период ИИ; верификация диагноза с помощью компьютерной томографии (КТ); наличие достоверных данных анамнеза жизни и заболевания.

Контрольную группу составили 45 пациенток с хронической церебральной ишемией тех же возрастных групп.

У всех больных фиксировалось наличие стойкого неврологического дефицита, наличие или отсутствие очага по данным КТ. Фиксировались жалобы, выявлялись основные факторы риска (курение, ожирение, СД-2, сопутствующие заболевания, гинекологический анамнез). Неврологическое обследование осуществлялось по общепринятой схеме. Дополнительно проводилось антропометрическое обследование, которое включало определение продольных, по-

перечных, охватных размеров тела, массы тела, индекс массы тела.

В работе была использована компьютерная версия определения наиболее распространенных и общепринятых схем соматотипирования (по Чтецову, Хиту-Картеру, Черноуцкому), разработанная на кафедре неврологии Новосибирского государственного медицинского университета. Эти схемы при сочетанном их использовании существенно дополняют друг друга и позволяют комплексно оценивать конституциональную характеристику обследуемого.

Определяли уровень общего холестерина, б-липопротеидов, а-липопротеидов, триглицеридов, уровень эстрогенов.

Результаты и обсуждение

Из включенных в исследование пациенток 30% находились в среднем возрасте, 70% – в пожилом возрасте.

При групповом распределении пациенток (табл. 1) выявлено низкое число пикнического и астенического вариантов соматотипа. Основная часть обследуемых больных пожилого возраста распределилась между мезопластическим (41%), неопределенным (20%), эурипластическим (10%) типами. Пациентки среднего возраста имели мезопластический (47%), эурипластический (23%) и неопределенный (25%) типы телосложения. Анализ этих соматотипов позволяет характеризовать их как дисгармоничные и по форме, и по соотношению основных тканей (дефицит костной ткани или превалирование жировой с неправильным распределением), что свидетельствует о феминогенных тенденциях в строении организма больных ИИ. Таким образом, примерно 50% всех обследуемых женщин пожилого возраста с ИИ имели соматотипы, свидетельствующие о половом мезоморфизме, – мезоморфный и неопределенный.

Таблица 1

Распределение пациенток по конституциональным типам				
Соматотип	Показатели конституции по В.П. Чтецову			
	Пожилой возраст	Средний возраст	Хроническая церебраль-	Всего

	с ИИ		с ИИ		ная ишемия		Абс.
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Пикнический	2	5	0	0	1	5	3
Эурипластический	5	10	3	23	4	23	12
Мезоморфный	21	42	7	47	5	31	32
Неопределенный	9	20	4	22	0	4	12
Астенический	2	4	17	0	0	0	16

В клинической неврологии хорошо известно многообразие начальных симптомов и дальнейших проявлений заболевания. Неврологическая манифестация начала ИИ может развиваться стремительно и характеризоваться возникновением грубого или 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 ИИ и тем самым – о зависимости между конституциональными характеристиками и вариантами течения патологии.

Распределение балльной оценки по шкале инвалидности Рэнкина на пять групп позволило разделить тяжесть состояния на пять степеней: 1-я степень – больной не имеет явных признаков инвалидности: может без посторонней помощи ухаживать за собой; 2-я степень – легкие признаки инвалидности: может ухаживать за собой без посторонней помощи, но не в состоянии выполнять некоторые виды своей прежней деятельности; 3-я степень – умеренно выраженные признаки инвалидности: может самостоятельно ходить, но нуждается в некоторой посторонней помощи; 4-я степень – выраженные признаки инвалидности: не может ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи; 5-я степень – очень выраженные признаки инвалидности: больной прикован к кровати и нуждается в постоянном постороннем уходе.

У всех пациенток оценка инвалидизации проводилась через одинаковый промежуток времени после начала заболевания, т.е. с момента поступления до момента выписки из стационара. В табл. 2, 3 представлено распределение больных при цереброваскулярной патологии в зависимости от типа телосложения по Рэнкину.

Таблица 2

Распределения пациенток пожилого возраста по степеням инвалидизации по Рэнкину

Соматотип	Степень											
	1-я		2-я		3-я		4-я		5-я		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пикнический	0	0	0	0	2	71	0	0	1	1	2	3,9
Эурипластический	0	0	3	76	1	1	1	20	0	0	4	10
Мезоморфный	2	12	5	25	7	37	2	12	1	4	20	46
Неопределенный	1	11	5	64	0	0	3	21	0	0	8	20,2
Астенический	2	48	1	1	1	51	0	0	0	0	2	3,73

Таблица 3

Распределения пациенток среднего возраста по степеням инвалидизации по Рэнкину

Соматотип	Степень											
	1-я		2-я		3-я		4-я		5-я		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пикнический	0	0	0	0	2	71	0	0	1	1	2	3,9
Эурипластический	0	0	3	76	1	1	1	20	0	0	4	10
Мезоморфный	2	12	5	25	7	37	2	12	1	4	20	46
Неопределенный	1	11	5	64	0	0	3	21	0	0	8	20,2
Астенический	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1

Тяжелое течение заболевания (5-я степень) с крайне тяжелыми признаками инвалидности наблюдалось у пациенток пожилого возраста с мезоморфным (4%) типом телосложения, 4-я степень установлена у пациенток с неопределенным (21%), эурипластическим (20%) соматотипами, 3-я степень – с мезоморфным телосложением. Группу с легкими признаками инвалидности составили в основном пациентки с эурипластическим соматотипом (76%). Из полученных данных видно, что в группе пожилых все больные с выраженными признаками инвалидности имеют мезоморфный тип телосложения.

Тяжелое течение заболевания (5-я степень) у пациенток среднего возраста наблюдалось

при мезоморфном (4%) соматотипе, 4-я степень установлена у пациенток с мезоморфным (12%), неопределенным (21%), эурипластическим (20%) соматотипами, 3-я степень – с мезоморфным (37%), пикническим (71%), неопределенным (21%) типами телосложения. Группу с легкими признаками инвалидности составили пациентки с эурипластическим (76%), мезоморфным (25%), неопределенным (64%) соматотипами. По мере нарастания жирового компонента тела и длительности эстрогенодефицита увеличивается степень выраженности неврологического дефицита.

Заключение

Таким образом, тяжесть заболевания и определение группы инвалидности объясняются среди других факторов риска возрастным эстрогенодефицитом, выраженность которого связана с соматотипом больных.

Литература

1. Антадзе З.И., Чихиквицели Ц.Ш., Старуа И.Т. Гипертоническая болезнь и сосудистые заболевания мозга // Выезд. заседание президиума управления всерос. науч. обществ терапевтов, кардиологов, неврологов: Тез. Пермь, 1990. С. 34–36.
2. Велинский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб.: Фол., 2002.
3. Ганнушкина И.В., Баранчикова М.В., Семёнова Н.А. и др. // Журн. неврологии и психиатрии. 1989. Т. 89. С. 96.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И. и др. // Журн. неврологии и психиатрии. 1999. Т. 99. № 2. С. 12–20.
5. Стаут Р.У. Гормоны и атеросклероз: Пер. с англ. М.: Медицина, 1985.
6. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Менопаузальный синдром (клиника, диагностика и лечение). Москва, 2007.
7. Калинин Ф.Ф., Нетерин В.Я., Котов С.В. // Журн. неврологии и психиатрии. 1999. Т. 90. № 1. С. 12–20.
8. Семак А.Е., Адамович В.И., Борисов А.В. Современные представления об этиопатогенезе инсульта и его профилактике // Белорус. мед. журн. 2004. № 4. С. 67–68.
9. O'Neill M., Allain H., Bentue-Ferrer D. et al. 1999. С. 14–15.
10. Hossman K.F. // Gerontology. 1987. V. 33. P. 271–219.

Поступила в редакцию 20.03.2009 г.

Сведения об авторах

От науки к практике

И.Н. Кухарева – врач-ординатор неврологического отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 11» (г. Кемерово).

Б.М. Доронин – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии Новосибирского государственного медицинского университета (г. Новосибирск).

Для корреспонденции

Доронин Борис Матвеевич, г. Новосибирск, 630092, Красный пр., 52, кафедра неврологии НГМУ, e-mail: b_doronin@mail.ru