

СТРУКТУРА НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Назарова Ж.А. ¹, Абдужамилова Р.М.¹, Аббосова И.А. ²

1- Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
при Минздраве Республики Узбекистан,

2- Андижанский медицинский Государственный университет

Актуальность. В свете значительной нагрузки, обусловленной разнообразными сопутствующими заболеваниями, обосновано высказывание опасений касательно потенциального снижения работоспособности ССС. Детальный анализ функциональной активности системы регулирования сердечного ритма выявил доминирование факторов напряжения в механизмах контроля сердцебиения среди старшего поколения, причем данная тенденция особенно выражена у женщин (1). Это подчеркивает важность внедрения профилактических мер для предотвращения развития таких серьезных состояний, как фибрилляция предсердий. С целью обеспечения гармонии вегетативного управления сердечной деятельности и своевременного выявления предвестников кардиологических нарушений, особое внимание следует уделить проведению функциональных тестов и нагрузочных испытаний у пожилых людей (2). Эти меры могут сыграть ключевую роль в ранней диагностике и предотвращении прогрессирования патологий ССС.

Цель исследования. Изучить структуру нейровегетативных расстройств у лиц пожилого возраста в зависимости от пола.

Материал исследования. В исследование были включены 164 пожилых человека в возрасте 60-74 лет (среднее 67,2±6,8 лет) с клинически и лабораторно подтвержденным синдромом хронической ишемии 2 стадии (СХИ2) (106 женщин (64,4%) и 58 мужчин (35,6%)). Все больные проходили стационарное лечение в отделении неврологии клиники Андижанского государственного медицинского института.

Таблица 1. Распределение больных по группам

Группы	n	%
I группа (мужчины)	58	31,5%
II группа (женщины)	106	57,6%
КГ (контрольная группа)	20	10,9%
Всего	184	100,0%

По половому признаку больные были распределены на 2 группы – I группу составили мужчины (58 пациентов), II группу составили женщины (106 пациентов). Контрольная группа (КГ) состояла из 20 пациентов сопоставимого пола и возраста, не имевших клинических критериев ЦИМ и СВД. Средний возраст у женщин составил $68,3 \pm 3,9$ года, у мужчин - $64,1 \pm 4,5$ года.

Методы исследования. Всем больным было проведено стандартное клиничко-неврологическое обследование (анализ жалоб пациентов, анамнеза жизни и анамнеза болезни, проведение объективного осмотра, в том числе изучение неврологического статуса) и соматическое обследование.

Исходный вегетативный тонус (ИВТ) вы в нашем исследовании изучали по таблицам А.М. Вейна (2004), они подразумевали внесение определенных клинических и лабораторных параметров и показателей ЭКГ [1]. Пациентам также были проведены ЭКГ-исследования и суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты исследования. Анализ структуры сопровождающих неврологических патологий выявил, что во II группе пациентов значительно чаще встречались индикаторы серьезных неврологических расстройств. В частности, гиподинамические состояния, характеризующиеся сниженной физической активностью и слабостью, обнаруживались почти в три раза чаще, тогда как проявления депрессии регистрировались на 50% чаще по сравнению с другими группами, при этом различия имели статистическую значимость ($p < 0,05$). Эти результаты подчеркивают тенденцию к увеличению частоты и серьезности

неврологических нарушений во второй группе исследуемых, указывая на возможную связь между типом и степенью вегетативной дисфункции и обострением сопутствующих неврологических состояний.

В процессе детального анализа сопровождающих неврологических расстройств было выявлено, что у женщин значительно чаще наблюдаются признаки комплексных неврологических дисфункций. Среди таких признаков особенно выделяются нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, которая встречается почти в два раза чаще, и панические атаки, частота которых увеличивается более чем в два раза, при этом данные различия статистически значимы ($p < 0,05$). Эти находки подчеркивают тенденцию к повышенной предрасположенности женщин к развитию сложных форм неврологических нарушений.

В ходе динамического мониторинга пациентов, страдающих СВД, были выявлены значительные признаки активации симпатической НС. Это проявлялось в виде увеличения показателей САД, повышения среднего уровня АД, а также в учащении ЧСС. Данные изменения наблюдались существенно чаще у пациентов, диагностированных с СВД, как это подробно отражено в таблице 2. Эти наблюдения подтверждают взаимосвязь между СВД и изменениями в работе симпатической части ВНС, выраженные через колебания АД и сердечной деятельности.

Таблица 2.

Уровень АД и частота пульса в группах

Показатели	I группа	II группа
Максимальное САД (мм.рт.ст.)	163,2±28,4	157,3±15,1*
Максимальное ДАД (мм.рт.ст.)	105,7±17,1	101,6±18,2
Среднее АД (мм.рт.ст.)	90,5±9,3	86,7±8,4*
Частота пульса (уд/мин)	66,8±9,2	60,8±10,5*

Примечание: * – достоверность различий, $p < 0,05$

В процессе анализа субъективных проявлений вегетативной дисфункции, основываясь на данных анамнеза и жалобах участников исследования, собранных через анкетирование по методике А.М. Вейна и использовании шкалы для определения

вегетативных симптомов COMPASS-31 нам удалось выявить и систематизировать такие типы вегетативной дисрегуляции у лиц пожилого возраста, как случаи синкопальных эпизодов, непереносимость к ортостатическим нагрузкам, вазомоторные расстройства, включая нехарактерные изменения цвета кожи, секреторные нарушения, такие как уменьшение или избыточное увеличение потоотделения в последние 5 лет, чрезмерная сухость в глазах или рту, имеются расстройства функционирования ЖКТ, проблемы с мочеиспусканием, не связанные с структурными или инфекционными заболеваниями тазовых органов, а также отмечаются косвенные признаки нарушения пупилломоторной функции, такие как трудности адаптации к изменению освещённости и проблемы с фокусировкой взгляда.

В ходе анализа данных, полученных из опросника А.М. Вейна, включая частоту указания на проблемы, превышающие установленные нормы, без рассмотрения субъективной интенсивности нарушений (согласно рисунку 1 и таблице 2), а также в процессе определения общего количества баллов по шкале COMPASS-31, отражающей степень и специфику заявленных проблем, не обнаружено статистически значимого различия между сравниваемыми группами. Однако, в группе II чаще отмечались жалобы на проблемы с мочеиспусканием по сравнению с группой I ($n = 9$ против 1, $\chi^2=5,131$, $p=0,024$).

Таблица 2.

Частота проявлений вегетативной дисфункции

Группа заболеваний	I группа		II группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Синкопальные состояния	12	28,6	17	50,0	29	38,2
Ортостатическая непереносимость	17	40,5	21	61,8	38	50,0
Вазомоторные нарушения	13	31,0	22	64,7	35	46,1
Секреторные нарушения	14	33,3	19	55,9	33	43,4
Нарушения функции ЖКТ	15	35,7	23	67,6	38	50,0
Нарушение мочеиспускания	13	31,0	16	47,1	29	38,2
Нарушение зрачковых рефлексов	17	40,5	19	55,9	36	47,4

Следует подчеркнуть, что в качестве объективных проявлений вегетативной недостаточности были выбраны: ортостатическая гипотензия (ОГ) (включая отсроченную), инициальная ортостатическая гипотензия, постуральная тахикардия (ПТ) и зарегистрированная во время обследования экстрасистолия.

Определение ортостатической гипотензии и постуральной тахикардии проводилось в соответствии с международными критериями, актуальными на время проведения исследования, как это описал Freeman R. в 2011 году. Согласно этим стандартам, ОГ обычно определяется как значительное падение САД на 20 мм рт. ст. и/или ДАД на 10 мм рт. ст. в первые 3 минуты после принятия стоячего положения (или позже, для выявления задержанной формы заболевания).



Рисунок 1.

Частота проявлений вегетативной дисфункции

Начальная форма ОГ выражается в моментальном уменьшении САД на 40 мм рт. ст. или более, или ДАД на 20 мм рт. ст. или более в первые 15 секунд проведения ортостатического теста. ПТ определялась как устойчивое увеличение ЧСС на 30 ударов в минуту или более (или на 40 ударов в минуту для лиц моложе 21 года) на протяжении всего времени нахождения в вертикальном положении.

Были выявлены статистически значимые различия частоты встречаемости ортостатической гипотензия, инициальной ортостатической гипотензии, постуральной тахикардии между группами (табл.3). Данные феномены встречались чаще во II группе.

Исследование, проведенное с использованием кардиореспираторных тестов, включая тест Штанге, тест Скибинской и тест Руфье, позволило оценить уровень адаптационных возможностей организма среди пожилого населения. Эти тесты предоставили важную информацию о состоянии адаптационного резерва участников исследования, что было детально зафиксировано в таблице 4 и иллюстрировано на рисунке 2. Подобный комплексный подход к оценке физиологического статуса позволяет более точно определить способность пожилых людей приспосабливаться к различным внешним и внутренним воздействиям, отражая важность адаптационных процессов для поддержания здоровья и функционального состояния в пожилом возрасте.

Таблица 3.

**Распространённость проявлений вегетативной недостаточности при орто-
клинно-пробе**

Ведущий синдром вегетативной дисфункции	I группа		II группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ортостатическая гипотензия (включая отсроченную)	7	16,7	16	47,1	23	30,3
Инициальная ортостатическая гипотензия	5	11,9	8	23,5	13	17,1
Постуральная тахикардия	19	45,2	5	14,7	24	31,6
Зарегистрированная во время обследования экста систолия	11	26,2	5	14,7	16	21,1

Анализ данных из таблицы 5. показывает, что участники из II группы демонстрируют пониженные результаты по всем трем проведенным тестам, что указывает на исключительно низкий уровень адаптационных возможностей организма.

Также необходимо отметить, что функционирование кардиореспираторной системы исследуемых по индексам Скибинской, Руфье и пробе Штанге констатирована напряженность адаптационного резерва у лиц женского пола. Мужчины при данных пробах давали более высокий результат.

Таблица 4.

Показатели пробы Штанге, индекса Руфье и индекса Скибинской

Группы	Кардиореспираторные тесты		
	Проба Штанге	Индекс Скибинской	Индекс Руфье
I группа	51,2+5,3	21,2+3,7	2,9+11,1
II группа	40,7+4,9	12,3+4,1	4,8+1,3

Таким образом, среди пожилых лиц вегетативная дисфункция встречается в 90,9% случаев, чаще у лиц женского пола. Также необходимо отметить, что были обнаружены особенности вегетативного тонуса у пожилых пациентов с преобладанием гиперактивности симпатической вегетативной нервной системы. Это говорит о том, что имеется высокая вероятность срыва адаптационных возможностей организма.

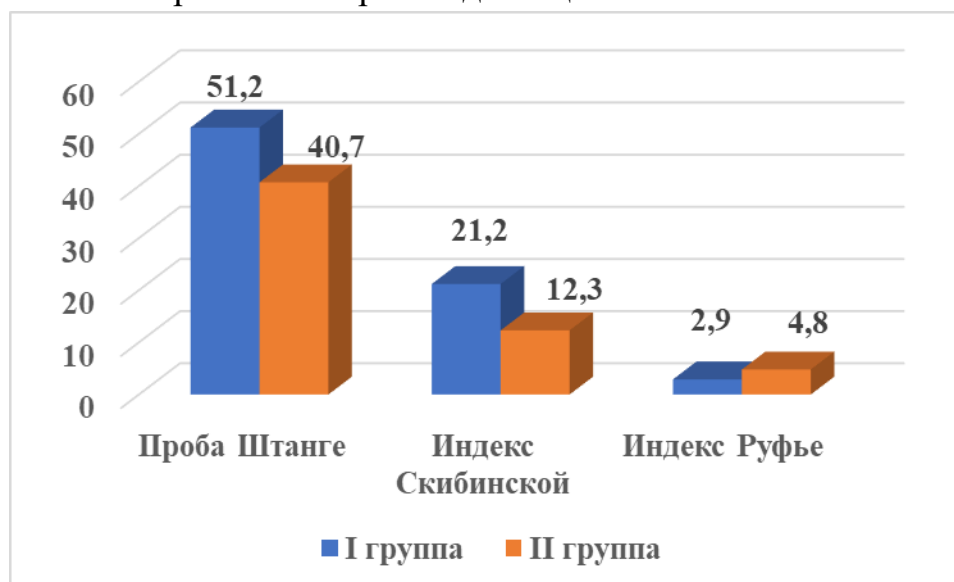


Рисунок 2. Показатели пробы Штанге, индекса Руфье и индекса Скибинской

Выводы. -Состояние ваготонии в значительной степени связано с ограниченными ресурсами адаптации, формируя характерный образ пожилого человека, склонного к астеническим проявлениям и сниженной мышечной отзывчивости на физическую активность.

-Особенности нарушения вегетативной нейрорегуляции у пожилых людей могут способствовать увеличению риска случайных падений из-за уменьшенной способности к быстрой и адекватной реакции на изменяющиеся условия окружающей среды и повседневные физические вызовы.

Список литературы

1. Суслина З.А., Варакин Ю.А., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики, М.- МЕД пресс-информ. 2006.-с. 256.

2.Pal GK, Shyma P, Habeebullah S et al. Vagal withdrawal and sympathetic overactivity contribute to the genesis of early-onset pregnancy-induced hypertension//Int J Hypertens 2011;36:14–17.