

## СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Фонякин А.В.,<sup>1</sup> Машин В.В.,<sup>2</sup> Атаян А.С.,<sup>2</sup> Машин В.В.,<sup>2</sup> Сапрыгина Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН, Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск

Идиопатическая артериальная гипотензия (ИАГ) встречается, по различным данным, примерно у 5-15% взрослого населения, при этом абсолютное число лиц с ИАГ в популяции достаточно велико [1-4]. Показано, что у значительного числа больных хроническая артериальная гипотензия оказывает неблагоприятное мультифакторное воздействие на функциональные системы организма, здоровье и качество жизни [5-7]. Имеются убедительные доказательства того, что ИАГ наряду с атеросклерозом, артериальной гипертензией и кардиальной патологией может явиться фактором риска развития острых и хронических форм цереброваскулярных заболеваний [8-10].

В ранее выполненных исследованиях по изучению центрального кровообращения при ИАГ было продемонстрировано, что для данной категории пациентов характерен гиперкинетический тип гемодинамики, обусловленный компенсаторно-приспособительными реакциями в ответ на исходно имеющееся снижение периферического сосудистого сопротивления [11]. Также высказывалось мнение, что у больных с ИАГ сердце работает с повышенной нагрузкой, однако адекватной рабочей гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) при этом не происходит, более того масса миокарда несколько снижена по сравнению с нормой, что авторы объясняют снижением кровоснабжения всех органов и тканей у данной категории больных [12-14]. Однако исследований, посвященных влиянию изменений центральной гемодинамики на развитие цереброваскулярных расстройств у пациентов с ИАГ, в доступной литературе не встретилось.

Цель исследования - изучение состояния центральной гемодинамики при ИАГ во взаимосвязи с неврологическими и нейропсихологическими расстройствами.

**Материал и методы.** Обследовано 65 больных с ИАГ в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст  $40,2 \pm 8,1$  лет), из них - 20 мужчин и 45 женщин. Критериями включения в исследование явились длительно существующая артериальная гипотензия (артериальное давление ниже 105/100/65-60 мм рт. ст.), носящая хронический характер, начиная с возраста 12-15 лет, и отсутствие анамнестических и клинических признаков хронических

кардиологических, эндокринных, неврологических заболеваний и черепно-мозговых травм. В период обследования больным не проводилась терапия, направленная на повышение артериального давления (АД).

Все больные подверглись тщательному клинико-инструментальному обследованию, включая неврологический осмотр, нейропсихологическое тестирование, суточное мониторирование АД (СМАД), трансторакальную эхокардиографию.

Контрольную группу составили 35 практически здоровых лиц (11 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст  $39,7 \pm 8,2$  лет), без указаний на отклонения АД от нормы и не имевших каких-либо неврологических нарушений. Лица контрольной группы были сопоставимы с больными ИАГ по полу и возрасту.

Нейропсихологическое обследование проводилось по адаптированной методике А.Р. Лурия и включало в себя исследование различных высших психических функций: память, речь, гнозис, праксис, мышление, внимание, счет, письмо, чтение [15, 16]. Результаты оценивались качественно с выделением ведущего нейропсихологического синдрома и количественно по 4-х балльной шкале. Полностью сохранное выполнение возрастных по сложности заданий оценивалось в 0 баллов, недоступность самого элементарного задания – в 3 балла, промежуточные оценки выставлялись в зависимости от нарастания дефекта выполнения.

СМАД (ИАДА-03Ул, Россия) осуществляли в течение 24 ч в условиях свободного двигательного режима с интервалами между регистрациями 15 минут в период бодрствования и 30 минут в период сна. Учитывались данные, включающие в себя не менее 80% эффективных измерений. Раздельно изучались показатели: 1) систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), среднего АД (АД ср.) в течение суток, а также дневного и ночного времени, определяемого в соответствии с индивидуальным графиком активности больного; 2) пульсового АД (ПАД); 3) вариабельности АД – раздельно для показателей САД и ДАД в дневные и ночные часы; 4) суточного индекса (СИн), который определялся как степень ночной редукции АД в процентном отношении к соответствующему дневному показателю. СИн рассчитывали отдельно для САД, ДАД и АД ср. По степени ночной редукции АД больные составили группы: *dippers* (нормальное физиологическое снижение АД в пределах 10-20%), *non-dippers* (снижение АД в пределах 0-10%), *night-peakers* (ночное повышение АД), *over-dippers* (снижение АД более 20%). Помимо этого оценивался индекс времени (ИВ) гипотензии (процент измерений АД, которые находятся ниже границы нормального АД, для дневных значений менее 100/60 мм рт.ст., ночных – 85/48 мм рт.ст.).

Трансторакальную эхокардиографию выполняли на ультразвуковом сканере SSH-140A («Toshiba», Япония) секторным датчиком частотой 2,5 МГц. Из парастернальной