

## ЧАСТОТА НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Назарова Ж.А.<sup>1</sup>, Абдужамилова Р.М.<sup>1</sup>, Аббосова И.А.<sup>2</sup>

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

2- Андижанский медицинский Государственный университет

**Актуальность.** По мере старения организма включаются различные адаптивные механизмы для компенсации возникающей инвалидности [1,2]. В связи с этим особенно важно изучить адаптивные механизмы, обеспечивающие достаточную продолжительность жизни, несмотря на старение населения, многие из которых страдают различными хроническими и инвалидизирующими заболеваниями. Однако остается открытым вопрос о том, являются ли эти адаптационные механизмы едиными или особенности адаптации зависят от характера имеющихся заболеваний.

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

**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).



## 2-ТОМ, 11-СОН

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±3,9 года, у мужчин - 64,1±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) 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.** В процессе опроса пожилых пациентов было выявлено наличие разнообразной симптоматики, ассоциируемой с СВД. Среди наиболее часто встречающихся жалоб выделялись головные боли, охватывающие 82,9% опрошенных. Также значительное число пациентов, а именно 26,3% указали на нарушения в функционировании пищевода, такие как аэрофагия и ощущение кома в горле. Проблемы, связанные с дискинезией желудка и кишечника, в частности с синдромом раздраженного кишечника, были отмечены у 60,5% участников исследования. Клино-ортостатическая гипотензия (КОГ), вызывающая снижение АД при смене положения тела, наблюдалась у 42,1%, тогда как нарушения функции мочевого пузыря из-за нейрогенных факторов были зафиксированы у 28,9% пожилых людей. Вестибулопатии, выражающиеся через головокружения, были выявлены также у 26,3% опрошенных, панические атаки беспокоили 27,6%, а чрезмерное потоотделение в определенных областях тела (локальный гипергидроз) и ангиотрофоневротические изменения были зарегистрированы у 60,5% и 28,9% участников соответственно. Эти данные, представленные в таблице 2, подчеркивают многообразие клинической картины сосудистой дистонии среди пожилого населения.

В исследовании, проведенном среди пожилых людей с доминированием ваготонического типа реакции в их истории болезни, было обнаружено, что нарушения в эндокринной системе встречаются на 50% чаще (с статистической значимостью  $p < 0,05$ ), по сравнению с другими группами. Также были выявлены частые функциональные расстройства в работе ЖКТ. С другой стороны, у пожилых лиц с преобладающим симпатикотоническим типом вегетативной реакции чаще



**2-ТОМ, 11-СОН**

наблюдались проблемы с функционированием ССС, включая экстрасистолию, тахикардию, а также легкие нарушения в работе ЦНС и изменения в неврологическом статусе, характеризующиеся микросимптоматикой. Эти неврологические отклонения были зафиксированы с высокой частотой у пациентов, страдающих различными формами СВД, подчеркивая распространенность и многоаспектность этого состояния среди пожилого населения.

**Таблица 2.**

**Выраженность вегетативной симптоматики у пожилых пациентов**

Симптоматика	I группа n=42		II группа n=34		Всего n=76		p
	n	%	n	%	n	%	
СВД							<
Головные боли	39	92,9	24	70,6	63	82,9	
Дискенизии пищевода (аэрофагия, ком в горле)	8	19,0	12	35,3	20	26,3	0,005
Дискинезия желудка и кишечника (синдром раздраженного кишечника)	20	47,6	26	76,5	46	60,5	0,005
Клино-ортостатическая проба (КОГ)	14	33,3	18	52,9	32	42,1	0,005
Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	9	21,4	13	38,2	22	28,9	0,005
Вестибулопатический синдром	12	28,6	8	23,5	20	26,3	
Панические атаки	12	28,6	9	26,5	21	27,6	
Локальный гипергидроз	25	59,5	21	61,8	46	60,5	0,05
Ангиотрофоневроз	14	33,3	8	23,5	22	28,9	0,05

В ходе анализа половых различий в контексте нарушений ВНС было установлено, что женщины демонстрируют более высокую частоту вегетативных симптомов по сравнению с мужчинами. Значительные различия между полами были отмечены в



## 2-ТОМ, 11-СОН

отношении таких симптомов, как нарушения функции пищевода, включая аэрофагию и ощущение кома в горле; дисфункции желудка и кишечника, характеризующиеся синдромом раздраженного кишечника; нейрогенная дисфункция мочевого пузыря; панические атаки; а также локальное чрезмерное потоотделение. Эти данные указывают на более высокую предрасположенность женщин к вегетативным расстройствам.

У большинства пациентов в обеих группах, а именно в 82,4% случаев отмечалось постоянное прогрессирование СВД. Пароксизмальные вегетативные проявления были наблюдаемы у всех пациентов. Среди тех, кто имел СВД, у 32 (27,1%) из 118 были отмечены вегетативные кризы в анамнезе, а у 17 (14,4%) из 118 – панические атаки. В группе без СВД вегетативные кризы были зарегистрированы у 7 (11,3%) из 62 пациентов, а сочетание с паническими атаками – у 9 (14,5%) из 62.

Характерной чертой является сочетание упомянутых жалоб и синдромов у 72% всех пациентов, в то время как у 8% пациентов с СВД преобладали моносиндромные жалобы. Обе исследуемые группы характеризовались высокой частотой соматических жалоб, невротоподобных и аффективных нарушений, типичных для астенического синдрома. Наблюдались статистически значимые различия между этими клиническими группами. Так в I группе достоверно чаще встречались аффективные и невротоподобные жалобы.

Исследования показали, что указанные синдромы выявляются существенно чаще при симпатикотоническом типе вегетативной реактивности (ВР) и артериальной гипертензии (АГ). Электрокардиографические изменения в I группе исследования, которые проявлялись увеличением амплитуды зубца Т были выявлены в 10,2% случаев, а во II группе исследования у 6,2%, увеличение сегмента ST в I группе обнаруживалась у 10,2% пациентов, а во II группе у 6,2% больных, синусовая аритмия выявлялась в I группе была выявлена в 32% случаев, а во II группе меньше и составило 22,4%, а наджелудочковой экстрасистолией в 28,4% и 13,4% случаев соответственно.

В большинстве случаев, а именно у 82% у пациентов с СВД наблюдались различные проявления в области гастроэнтерологии, такие как дискинезия пищевода – во II группе в 32%, а в I группе в 42,4% случаев, дуоденогастральный рефлюкс в 24,6% и 26% случаев соответственно, дискинезия кишечника в 18,2% и 18% случаев соответственно) и дисфункция гепатобилиарного тракта с признаками холестаза в 32% и 38% случаев.

**Вывод.** Согласно данным опросника Вейна, в I группе у большинства пациентов (в 94% случаев) наблюдался средний суммарный балл выше нормы, который в среднем составил  $35 \pm 16$ , что приблизительно соответствует II группе. Таким образом, у 75% обследованных больных II группы были выявлены признаки вегетативной дисфункции, средний балл которых составил  $38 \pm 17$ .



**2-TOM, 11-SON**

1. Акарачкова Е.С., Вершинина С.В. Синдром вегетативной дистонии или депрессия? депрессивные расстройства в общесоматической практике // Российский медицинский журнал. 2010. Т. 18. № 26. С. 1565-1569.

2. Elmstahl S. Orthostatic intolerance predicts mild cognitive impairment: incidence of mild cognitive impairment and dementia from the Swedish general population cohort Good Aging in Skåne / Elmstahl S., Widerstrom E.// Clin Interv Aging. 2014. Vol. 9, p.1993–2002.

