

УДК 616.831-005:616.839

## СОСТОЯНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ I СТАДИИ

*Лемешков Л. А., Левшенкова А. А., Галиновская Н. В., Усова Н. Н.*

### Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

В последние десятилетия в мире неуклонно увеличивается доля людей пожилого возраста, в связи с чем изучение вопросов, связанных со старением, занимает одно из ведущих мест в современной медицине. Хронические формы сосудистой недостаточности, в том числе дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), являются одной из основных причин инвалидизации и ухудшения качества жизни лиц старшей возрастной категории. Прогрессирование заболевания приводит к формированию стойкого неврологического дефицита или сосудистой деменции. Экономический ущерб в связи с увеличением числа дементных пациентов пожилого возраста составляет от 5 до 10 % валового дохода [1].

В доступной нам литературе имеются разрозненные данные о влиянии вегетативного статуса на состояние высших психических функций пациентов с ДЭ. Следует отметить, что особенностям вегетативной регуляции при этой патологии до настоящего времени не придается должного внимания, в то же время актуальность изучения этого аспекта определяется ведущей ролью вегетативной нервной системы (ВНС) в механизмах общей, церебральной, сердечной гемодинамики и гомеостаза в целом [2]. Ранее при анализе вариабельности сердечного ритма методом кластерного анализа нами было сформировано 2 подгруппы, первая из которых имела эйтонический тонус ВНС, а вторая отличалась выраженной симпатикотонией [2]. Учитывая взаимовлияние психологического и вегетативного статуса, представляется интересным оценить взаимосвязь этих составляющих.

### **Цель**

Определение особенностей субъективного вегетативного статуса у пациентов с ДЭ I стадии различных вегетативных подгрупп.

### **Материалы и методы исследования**

Обследование проводилось на базе II неврологического отделения У «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны». Обследовано 34 чел. с диагнозом ДЭ I стадии, из них 16 (47,1 %) женщин и 18 (52,9 %) мужчин, средний возраст составил  $77,6 \pm 1,3$  лет. В 1-ю подгруппу с эйтоническим тонусом ВНС вошли 22 пациента, во 2-ю, с преобладанием симпатикотонии, 12. Контрольную группу составили 17 волонтеров (средний возраст  $53,1 \pm 5,6$  года), среди которых было 7 (41,2 %) мужчин и 10 (58,8 %) женщин.

У пациентов с ДЭ I стадии при поступлении в стационар наиболее часто регистрировались стато-кинетические нарушения легкой и средней степени тяжести — у 22 (73,3 %) человек, рефлексы орального автоматизма — 34 (100 %). У 3 (14,3 %) пациентов имели место объективно подтвержденные нарушения речи в виде моторной дисфазии как следствие перенесенного инфаркта мозга.

Первая подгруппа ДЭ характеризовалась преобладанием жалоб на головную боль — 16 (72,7 %) человек, головокружение — 15 (68,2 %), нарушение памяти — 16 (72,7 %) человек. Объективно при неврологическом осмотре были выявлены легкая дизартрия или элементы моторной афазии у 5 (22,7 %) человек, стато-кинетические нарушения —

у 12 (54,5 %). Во 2-й подгруппе имели место жалобы на нарушение речи у 4 (33,3 %) человек, шаткость при ходьбе — у 6 (50 %) человек, которые в таком же проценте случаев выявлялись при объективном осмотре.

Сопутствующая патология в группе ДЭ, а именно ишемическая болезнь сердца была у 32 (94,1 %) человек, артериальная гипертензия — у 22 (64,7 %), атеросклеротический кардиосклероз — у 16 (50 %), инфаркт миокарда в анамнезе — у 3 (8,8 %), мерцательная аритмия, постоянная форма — у 2 (5,8 %) человек. Недостаточность кровообращения I–II степени была диагностирована у 5 (14,7 %) человек. Сахарный диабет 2 типа сопровождал ДЭ у 4 (11,7 %) человек. Различий в половой, структуре и спектре сопутствующей патологии в различных обследованных подгруппах не выявлено.

Для определения субъективного вегетативного статуса был использован опросник А. М. Вейна (ВО). Баллы за утвердительные ответы суммировались и при наборе более 18 баллов регистрировалось наличие вегетативной дисфункции [3]. Далее нами анализировался общий спектр предъявляемых жалоб для оценки преобладающего тонууса ВНС.

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью описательной и непараметрической статистики на базе программы «Statistica» 7.0. Показатели, не соответствующие нормальному распределению, были представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей (Me; LQ–UQ). Для проверки гипотезы о различии независимых выборок использованы критерии Mann — Whitney U-test, критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среднее значение ВО в группе ДЭ составило 37 (30–46) баллов, что существенно превышало значение стандартизированной нормы (18 баллов) и показатели волонтеров — 22 (7–30) балла;  $p = 0,02$ . Различий между ними не выявлено. Однако в обеих — балл существенно превышал контрольные цифры: 1-я подгруппа ДЭ 40,5 (33–48) баллов, 2-я подгруппа ДЭ 44 (34–51) балла, контроль — 22 (7–30) балла;  $p = 0,003$  и  $p = 0,001$  соответственно.

Согласно ВО преобладающими жалобами у пациентов с ДЭ являлись: онемение конечностей ( $\chi^2 = 8,5$ ;  $p = 0,004$  при сравнении с волонтерами без сердечно-сосудистых заболеваний здесь и далее), «перебои в работе сердца» ( $\chi^2 = 4,7$ ;  $p = 0,03$ ), учащенное дыхание при волнении ( $\chi^2 = 3,5$ ;  $p = 0,06$ ), расстройства со стороны пищеварительной системы в виде поносов ( $\chi^2 = 7,9$ ;  $p = 0,05$ ), диффузная головная боль ( $\chi^2 = 4,5$ ;  $p = 0,003$ ), головная боль сжимающего характера ( $\chi^2 = 5,5$ ;  $p = 0,02$ ), снижение работоспособности ( $\chi^2 = 27,2$ ;  $p = 0,0001$ ), быстрая утомляемость ( $\chi^2 = 20,6$ ;  $p = 0,0001$ ), трудности при засыпании ( $\chi^2 = 3,2$ ;  $p = 0,07$ ), что указывало на парасимпатическую направленность и нарушение соотношения регуляторных механизмов.

Субъективная оценка вегетативного дискомфорта при сравнении подгрупп различий практически не выявила, за исключением тенденции к преобладанию жалоб на трудности в засыпании во второй когорте ( $\chi^2 = 2,9$ ;  $p = 0,082$ ).

По сравнению с волонтерами старшей возрастной категории лица с ДЭ первой подгруппы выявили меньше различий, чем второй. В первой когорте преобладали жалобы на онемение кистей и стоп ( $\chi^2 = 3,5$ ;  $p = 0,063$ ). Второй кластер пациентов с ДЭ отличался жалобами на онемение кистей и стоп ( $\chi^2 = 3,5$ ;  $p = 0,06$ ), склонность к запорам ( $\chi^2 = 3,7$ ;  $p = 0,05$ ), снижение работоспособности ( $\chi^2 = 3,56$ ;  $p = 0,059$ ), быструю утомляемость ( $\chi^2 = 3,8$ ;  $p = 0,05$ ).

#### **Выводы**

Таким образом, при анализе распределения спектра вегетативных жалоб было показано, что различия между подгруппами ДЭ, имеющими различную направленность ВНС по данным анализа вариабельности сердечного ритма оказались не такими существенными, как можно было ожидать. Первая подгруппа с эйтоническим тонусом, практически не различалась с контролем, тогда как во второй объективное преобладание симпатического тонууса повторялось в соответствующем спектре жалоб, несмотря на отсутствие статистически значимой разницы внутри группы ДЭ. Учитывая тот факт, что обе

подгруппы имели одинаковую стадию заболевания, нами было продемонстрировано значимое влияние вегетативного статуса на клиническую картину, что имеет значение для проводимой корректирующей терапии и может быть учтено при составлении программы лечебных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / А. А. Скоромец [и др.] // Мир медицины. — 1998. — № 9–10. — С. 98.
2. Состояние психовегетативного статуса у больных дисциркуляторной энцефалопатией / Н. В. Галиновская [и др.] // Мед. панорама. — 2008. — № 7. — С. 37–39.
3. *Вейн, А. М.* Вегето-сосудистая дистония / А. М. Вейн. — М.: Медицина, 2005. — 580 с.

УДК 616.714.1–003.215:616–005.1–08]–056.253–053.31

### ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С КЕФАЛОГЕМАТОМОЙ И МАЛОВЕСНЫХ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ

*Леонова Е. Ю., Шишко Г. А., Чура А. Н., Сержан Т. А.*

Государственное образовательное учреждение  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
Учреждение здравоохранения  
«Клинический родильный дом Минской области»  
г. Минск, Республика Беларусь

#### *Введение*

Снижение заболеваемости, смертности и ранней инвалидизации новорожденных детей является одной из важнейших задач современной медицины. В Минской области показатель смертности новорожденных за 2013 г. составил 1,35 %. Наряду с этим наблюдается увеличение заболеваемости новорожденных, которая в 2013 г. составила 182 на 1 тыс. новорожденных, в то время как в 2012 г. данный показатель составлял 179 ‰. Увеличение заболеваемости способствует развитию ряда осложнений, приводящих к нарушению здоровья в раннем возрасте. Поэтому поиск путей снижения заболеваемости новорожденных детей и предотвращения развития инвалидизирующих последствий представляется наиболее актуальной задачей современной неонатологии.

В настоящее время появляется все больше доказательств роли нарушений в свертывающей системе крови в патогенезе заболеваний новорожденных детей. Изменения в системе могут стать причиной как геморрагических, так и тромботических состояний при различных заболеваниях [1]. Традиционные коагулологические тесты, такие как активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, международное нормализованное отношение, а так же уровень фибриногена не позволяют полноценно оценить характер изменений гемостаза. Одним из методов позволяющих интегративно характеризовать свертывающую систему крови является тромбоэластография. Данный метод дает возможность изучить кинетику образования сгустка, его физические характеристики, а так же фибринолиз. С его помощью можно произвести оценку вклада как плазменных, так и клеточных (тромбоциты, эритроциты, лейкоциты) участников гемостатических реакций. Эта методика позволяет выявить не только нарушения в отдельных звеньях системы гемостаза, но и проанализировать клеточно-плазменные взаимодействия [2]. Тромбоэластограмма (ТЭГ) позволяет выявить ранние признаки внутрисосудистого свертывания крови и гипокоагуляцию, диагностировать нарушение агрегации тромбоцитов, гиперфибринолиз, а так же оценить эффективность антикоагулянтной и антиагрегантной терапии [3].

Тромбоэластография впервые была описана в 1948 г. Н. Hartert (1948), как метод для оценки вязкоупругих свойств фибрина, формирующегося в крови. Методом ТЭГ