

11 клинических синдромов, в то время как у пациентов 2-ой группы (без ДСТ) отмечается преобладание от 1 до 7 синдромов (94,1 %).

Обилие субъективной симптоматики свидетельствует, с одной стороны, о системности наследственного поражения соединительной ткани, а с другой стороны, об особенностях вегетативного реагирования у лиц с ДСТ, более низком пороге болевой чувствительности, а также повышенной эмоциональности [24].

Полисиндромность клиники у пациентов с ДСТ, требующей уточнения множественных причин их страданий, усугубляющиеся с возрастом жалобы и низкая эффективность традиционного лечения делает этих пациентов трудно курабельными. Это как раз те больные, которые ходят по поликлинике от одного специалиста к другому, потому что «болит все». Обращаемость к врачам разных специальностей у данной категории пациентов составляет $6,9 \pm 1,2$ случая в год (против $4,1 \pm 2,0$ случаев в год во 2-ой группе).

Для определения возможности использования в диагностике ДСТ у пожилых содержания оксипролина в моче и слюне проведен анализ суточной мочи и слюны пациентов обеих групп. Не выявлено корреляции этого показателя с наличием или отсутствием ДСТ у пожилых лиц. Отмечен рост общего оксипролина в моче при обострении некоторых сопутствующих заболеваний: ревматоидный артрит, склеродермия, хроническая обструктивная болезнь легких.



Рис. 13. Количество клинических синдромов у пациентов в возрасте 45-74 года при диагностированной ДСТ и без таковой. По оси X – количество клинических синдромов у одного больного, по оси Y – количество пациентов.

Таким образом, лица среднего и пожилого возраста с признаками ДСТ – это своеобразная группа пациентов, имеющая полисиндромную клиническую картину, более часто обращающаяся к специалистам различного профиля и имеющая меньший эффект от традиционного медикаментозного лечения. Эти особенности диктуют