

Висновки

1. Чим триваліше спостереження за хворими, які перенесли РН, тим більша вірогідність виявлення РС.

2. Більшість пацієнтів, які перенесли РН до 20 років, через 1–3 роки хворіють на РС.

3. Серед хворих на розсіяний склероз РН як дебют захворювання частіше зустрічається у чоловіків.

4. Пацієнтам, які захворіли на РН, враховуючи, що досить часто (14,8 %) це захворювання є моносимптомом початку РС, доцільно призначати об-

стеження та диспансерне спостереження в невропатолога, а також проводити допоміжні методи обстеження: МРТ головного мозку, яка є найінформативнішим методом; імунологічне дослідження крові, за необхідності — ліквору для своєчасної верифікації дебюту РС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алифирова В. М., Орлова Ю. Ю., Команденко Н. И. Роль нейровизуализационных методов исследования в диагностике рассеянного склероза. — СПб., 2001. — С. 10-11.

2. Бубнова Г. Я., Мзюкова В. М. Состояние зрительного анализато-

ра при рассеянном склерозе // Актуальные вопросы нейрохирургии и неврологии: (Сб. статей). — Ростов н/Д, 1975.

3. Воробейчик Г., Пати Д. В. Магнитно-резонансная томография при рассеянном склерозе // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — № 12. — С. 53-57.

4. Новохатский А. С. Особенности диагностики, клиники и лечения воспалительных заболеваний зрительного нерва в детском возрасте // Офтальмол. журнал. — 1985. — № 6. — С. 321-325.

5. Noseworthy J. H. Progress in determining the causes and treatment of multiple sclerosis // Nature. — 1999. — Vol. 399. — P. 40-47.

УДК 616.711-018.3-002.16-036.82 616-07:612.1/.2.015.3:615.838

А. В. Паненко

ТЯЖКІСТЬ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ І РІВНІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ ОРГАНІЗМУ, ЩО ДИФЕРЕНЦІЮЮТЬСЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНОГО САНОГЕНЕТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

Одеський державний медичний університет,
Клінічний санаторій ім. В. П. Чкалова

Визначення тяжкості патологічного процесу та рівень функціональної напруженості окремих систем організму [1] є одним із головних критеріїв призначення корекційно-реабілітаційних процедур на санаторно-курортному етапі реабілітації [2]. Як правило, вирішення цього завдання обмежується можливостями діагностичної бази та коротким терміном санаторно-курортного лікування [6].

З упровадженням у практику нових автоматизованих методів дослідження з'являється можливість удосконалення діагностичного пошуку, його прискорення, зменшення собівартості, більш повного охоплення контингенту, що пере-

буває на санаторно-курортному лікуванні [5].

Матеріали та методи дослідження

З цією метою нами застосовано метод поліфункціонального саногенетичного моніторингу, а саме спіроартеріокардіоритмографія (САКР) [4; 5]. Нагадаємо, що цей метод в експресному режимі реєстрації дозволяє визначити й оцінити стан серцево-судинної, дихальної та вегетативної систем. На підставі аналізу результатів саногенетичного моніторингу ми визначали рівень функціональної обтяженості систем конституції, скорочувальної функції міокарда, вегетативного забезпечення серцевої

діяльності, підтримання артеріального тиску, вегетативної та барорефлекторної регуляції артеріального тиску, вегетативного забезпечення функції дихання, гемодинаміки, які поділялись на збалансований, достатній та напружений.

На етапі медичної реабілітації нами обстежено 817 осіб чоловічої та жіночої статі з різною патологією віком від 13 до 80 років, що надійшли на санаторно-курортне лікування. На попередньому етапі дослідження нами, залежно від основного захворювання, всі пацієнти були розподілені на 10 нозологічних груп: 1) без чітко визначеного діагнозу; 2) захворювання опорно-рухового апа-



рату (ОРА); 3) захворювання серця; 4) захворювання судин; 5) вегетативні розлади; 6) захворювання верхніх дихальних шляхів (ВДШ); 7) ендокринні захворювання; 8) захворювання кишково-шлункового тракту (КШТ); 9) автоімунні захворювання; 10) інші захворювання (переважно хронічні запальні процеси репродуктивної сфери). Розподіл пацієнтів за групами подано у табл. 1.

Відразу зазначимо, що дві останні групи порівняно з іншими помітно менш референтно значущі як за кількістю спостережень, так і за гетерогенністю наявних у них захворювань. Слід також відзначити особливості 1-ї групи. До її складу увійшли переважно особи, що проходили курс так званих загальнооздоровчих заходів. Разом із тим, чіткому поняттю групи здорових осіб ця група не відповідає, через те що у більшості осіб цієї групи спостерігалися не досить чіткі ознаки, переважно нейрогенного походження. Тому правильніше цю групу визначати як менш патологічно обтяжену порівняно з іншими.

Для визначення функціонального напруження залежно від рівня клінічної обтяженості з метою оцінки рівня клінічної обтяженості нами були прийняті такі критеріальні оцінки: 1) у клінічному анамнезі зазна-

чено лише діагноз основного захворювання (мінімальна обтяженість); 2) основне захворювання супроводжує додатковий патологічний процес (припустима обтяженість); 3) основне захворювання супроводжує два і більше патологічних процеси (підвищена обтяженість).

Нагадаємо, що через специфіку добору в санаторно-курортній практиці більшість пацієнтів перебували в неактивній чи малоактивній стадії захворювання, що, природно, обмежувало можливості диференціації ступеня клінічної обтяженості основного захворювання вище того рівня, який відповідає зазначеним критеріям. Крім того, чисельний склад окремих референтних груп не завжди дозволяв диференціювати всі три критеріальні рівні, через що в окремих випадках ми повинні були 1-шу і 2-гу підгрупи поєднувати. Зрештою, у досить чисельній групі пацієнтів із патологією ОРА варіанти третього рівня обтяженості практично були відсутні, тому ми обмежилися порівняльним аналізом тільки 1-го і 2-го рівнів.

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл пацієнтів різних нозологічних груп з урахуванням клінічної обтяженості пе-

ребігу основного патологічного процесу відповідно до функціонального напруження у визначених раніше системах подано у табл. 2.

Слід зазначити, що апріорний нормологічний розподіл показників відповідає популяційній залежності між рівнями зрушення, як 50:40:10, де кожний із рівнів визначається потраплянням окремого показника до коридорів обмежених напівсигмальними відхиленнями у бік збільшення або зменшення показника [3].

Як бачимо з табл. 2, в осіб з ураженням ОРА (до цієї групи потрапили переважно особи з остеохондрозом хребта) мінімального ступеня обтяженості рівень функціонального напруження у всіх досліджених системах майже не виходить за межі апріорного. Певне зростання напружених станів у хворих на остеохондроз хребта спостерігається при більш клінічно обтяжених варіантах.

Відзначається незначне напруження переважно за рахунок зниження частоти зустрічальності збалансованих станів у системах регуляції скорочувальної функції міокарда, вегетативного забезпечення серцевого ритму, підтримки артеріального тиску і його вегетативної та барорефлекторної регуляції. Звичайно, зазначені критерії функціональної диференціації при різних ступенях клінічно ускладнених остеохондрозів хребта не набувають такого ступеня вираження, щоб говорити про чітку скорельованість, але й характер клінічної обтяженості двох порівнюваних варіантів мінімальний. Як варіант компенсації у даному випадку можна розглядати перерозподіл показників вегетативного забезпечення дихання. До того ж важливо наголосити, що диференціація прослідковується по 6 з 8 використаних моніторингових критеріїв. З певною вірогідністю можна стверджувати, що у функціо-

Таблиця 1
Розподіл обстеженого контингенту залежно від основного діагнозу

Нозологічна група	Кількість спостережень	
	абс	%
Без чітко встановленого діагнозу	41	5
Захворювання ОРА	167	20
Захворювання серця	95	12
Судинні захворювання	81	10
Вегетативні розлади	236	29
Захворювання ВДШ	79	10
Ендокринні захворювання	38	4
Захворювання КШТ	39	5
Автоімунні захворювання	17	2
Інші захворювання	24	3
Разом	817	100



Розподіл функціональної напруженості залежно від клінічного перебігу захворювань різних нозологічних груп, %

Нозологічна група та її клінічна обтяженість	Досліджувана система та рівень її функціонального напруження																				
	Конституція			Скорочення серця			Вегетативне забезпечення серця			Підтримка артеріального тиску			Вегетативне забезпечення артеріального тиску			Вегетативне забезпечення дихання			Гемодинаміка		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Захворювання ОРА: мінімальна припустима	53	46	1	50	49	1	76	24	0	43	48	9	49	49	2	37	58	5	46	45	9
	52	41	7	42	58	0	50	47	3	33	59	8	29	71	0	47	53	0	44	44	12
Захворювання серця: мінімальна і припустима підвищена	42	42	16	30	68	2	44	49	7	49	40	11	23	73	4	36	64	0	47	42	11
	40	48	12	38	58	4	35	56	9	33	48	19	30	63	7	32	60	8	50	38	12
Захворювання судин: мінімальна припустима підвищена	40	52	8	52	48	0	44	56	0	52	36	12	41	47	12	41	59	0	44	52	4
	40	52	8	52	48	0	42	58	0	26	60	14	40	40	20	27	55	18	26	68	6
	40	54	6	32	65	3	46	46	8	35	49	16	21	66	13	36	54	10	25	70	5
	55	38	7	41	58	1	45	53	2	32	55	13	40	58	2	45	52	3	44	45	11
Вегетативні розлади: мінімальна припустима підвищена	48	43	9	41	58	1	48	52	0	38	49	13	38	59	3	46	54	0	54	40	6
	54	23	23	27	73	0	45	55	0	43	43	14	32	68	0	37	47	16	32	68	0
	59	32	9	50	50	0	51	43	6	46	54	3	38	43	8	50	48	7	48	52	4
Захворювання ВДШ: мінімальна припустима підвищена	44	52	4	52	48	0	44	56	0	47	53	0	43	57	0	50	43	7	38	51	11
	47	35	18	41	59	0	65	29	17	28	60	12	38	54	8	28	72	0	35	47	18
Ендокр. захворювання: мінімальна і припустима підвищена	57	33	10	43	57	0	38	52	10	42	29	29	33	67	0	54	46	0	30	70	0
	29	53	18	30	70	0	35	65	0	23	41	36	23	77	0	33	59	8	48	33	19
Захворювання КШТ: мінімальна припустима	53	41	6	41	59	0	50	50	0	41	53	6	50	50	0	40	60	0	59	35	6
	27	73	0	32	68	0	30	64	6	41	50	9	15	77	8	38	54	8	59	23	18
Автоімунні захворювання: без урахування обтяж.	59	35	6	29	71	0	53	41	6	41	53	6	50	50	0	42	58	0	35	59	6
	56	44	0	46	50	4	35	57	8	22	65	13	45	44	11	37	58	5	37	50	13

Примітка. 1 — збалансований рівень функціонального стану; 2 — достатня функціональна напруженість; 3 — виражена функціональна напруженість.

нальній напруженості остеохондрозів головне місце належить дискоординації регуляторних процесів серцевих і судинних функцій.

У пацієнтів із серцевими захворюваннями в міру зростання ступеня клінічної ускладненості основного процесу закономірно зростає внесок напружених станів, що досягають майже 50 % частоти зустрічальності. Необхідно звернути увагу на те, що у хворих з мінімальним і припустимим рівнями обтяженості лише за однією з досліджених систем, а саме системою підтримки артеріального тиску, відзначається розподіл, наближений до апріорного, за всіма іншими системами — переважає достатнє напруження. Найбільш функціонально напружені — системи скорочувальної функції міокарда, вегетативного забезпечення підтримки артеріального тиску та гемодинаміки. Зі зростанням клінічної обтяженості у даній нозологічній групі відзначається чітка негативна динаміка з боку систем вегетативного забезпечення серцевої діяльності, підтримки артеріального тиску та вегетативного забезпечення дихання. Певний (можливо, компенсаторний) перерозподіл — у системах вегетативного забезпечення артеріального тиску та скорочувальної функції міокарда.

Аналізуючи результати поліфункціонального моніторингу у нозологічній групі з судинними захворюваннями, слід звернути увагу на таке. Незалежно від ступеня клінічної обтяженості даної групи, відзначається зростання (порівняно з апріорним) виразних функціональних напружень у системах підтримки артеріального тиску та його вегетативного забезпечення, яке вірогідно збільшується з підвищенням ступеня клінічної обтяженості. Цікаві результати отримані в системі вегетативного забезпечення дихання. Так, у групі

з мінімальним клінічним обтяженням відзначається певний перерозподіл у бік достатніх функціональних напружень за відсутності виразних. У групі з припустимою клінічною обтяженістю відзначається значний перерозподіл з появою виражених напружень і зменшенням внеску збалансованих станів. У групі ж із підвищеною обтяженістю функціональний стан системи вегетативного забезпечення дихання стабілізується на певному рівні з достатнім напруженням даної системи. Відповідно до рівня клінічної обтяженості, відбувається перерозподіл функціональних напружень у системі регуляції скорочувальної функції міокарда, які найбільш виражені (за рахунок достатніх напружень) при підвищеному рівні клінічної обтяженості.

Розглядаючи результати дослідження у нозологічній групі з вегетативними дизрегуляціями, ми звернули увагу на той факт, що при мінімальній клінічній ускладненості відзначається значний перерозподіл у системах підтримки артеріального тиску та гемодинаміки, причому у другій — за рахунок виразних напружень. За жодною із досліджених систем, окрім конституції, розподіл напружень не наближається до апріорного. Зі зростанням клінічної обтяженості у цій нозологічній групі зростає функціональне напруження в стані конституції та вегетативному забезпеченні функції дихання, при одночасному перерозподілі напружень у системі гемодинаміки за рахунок збільшення достатніх.

При захворюваннях ВДШ, як і у вищезгаданих нозологічних групах, клінічна обтяженість помітно корелює зі зростанням функціонально напружених станів. Але щодо диференціації функціональних напружень, саме у цій групі, особливо при значній клінічній обтяженості, найбільш різко знижується внесок

збалансованих станів у системі регуляції дихання (що найбільш очікувано) і зростає внесок напружених станів у системах вегетативного забезпечення серцевого ритму, гемодинаміки, підтримки артеріального тиску та конституції.

Нозологічна група з ендокринною патологією включала всього 38 спостережень. На відміну від попередньої групи при наявності ендокринної патології, навіть при мінімальній клінічній обтяженості, відзначаються помітні функціональні перерозподіли в окремих системах, і насамперед: у системах вегетативного забезпечення ритму серця, артеріального тиску і гемодинаміки. На особливу увагу заслуговує той факт, що система регуляції периферичного кровообігу навіть при мінімальній клінічній обтяженості майже у кожного 3-го пацієнта відрізняється вираженим функціональним напруженням. Подібного не було у жодній іншій нозологічній групі. При мінімальній клінічній обтяженості напружений функціональний стан за всіма системами реєструється у 50 % пацієнтів, що не відзначалось при одній іншій нозології.

Особливістю напружень при підвищеній обтяженості є найбільш високі рівні функціональної дизрегуляції за станом конституції, гемодинаміки і підтримки артеріального тиску. Це свідчить про достатню функціональну диференціацію більш та менш клінічно ускладнених варіантів ендокринної патології.

У групі хворих із захворюваннями КШТ (39 спостережень) варіанти зі значною клінічною обтяженістю не реєструвалися, через що ми порівнювали функціональний стан тільки мінімальній та припустимій клінічній обтяженості. Примітною рисою цієї групи є те, що перший із них є функціонально найбільш збалансованим та гранично наближеним



до нормологічно зваженої популяції. Разом з тим, такого перерозподілу у функціональному стані вивчених систем, який спостерігається при мінімальному та припустимому рівнях клінічної обтяженості, не зареєстровано у жодній із нозологічних груп. Основними системами, в яких наростає рівень функціональної напруженості, є: стан конституції, вегетативне забезпечення серцевого ритму, артеріального тиску та дихання, а також гемодинаміки. Причому, якщо в останній — за рахунок збільшення виразно напружених станів, то в інших — за рахунок достатніх напружень.

Дві нозологічні групи (автоімунна патологія та інші захворювання) представлені найбільш репрезентативними вибірками (17 і 24 спостережень відповідно). Звичайно, диференціація внесків клінічної обтяженості при нечисленному складі цих груп утруднена. Разом з тим, як видно з табл. 2, за сукупними критеріями загальносистемних і внутрішньосистемних напружень ці групи диференціюються не тільки одна від одної, але й від усіх оптимальних за кількістю спостережень нозологічних груп. Насамперед, за загальносистемними напруженнями група з іншими захворюваннями (в основному до складу цієї групи увійшли пацієнти з хронічними запаленнями репродук-

тивних органів) трохи перевищує поліфункціональну напруженість групи з автоімунними захворюваннями, але разом з тим не досягає рівнів напруженості в інших групах. Основний функціональний симптомокомплекс у групі «інші захворювання» представлений сполученням напружень у системах регуляції кардіоритму, периферичного кровообігу, дихання та гемодинаміки. При автоімунних захворюваннях помітне сполучення напружень у системі скорочувальної функції міокарда і гемодинаміки (за рахунок достатніх напружень). Щодо клініки автоімунних патологій напруження, то саме в цих системах воно найбільш очікуване.

Висновки

Важливим елементом проведеного поліфункціонального аналізу є та обставина, що прогнозовані порушення детектуються на рівні початкових нерізко виражених дисфункцій, які можуть бути ефективно скориговані адресатними методами санаторно-курортної реабілітації. Іншими словами, поліфункціональний саногенетичний моніторинг дозволяє вирішувати проблеми ранньої преморбідної діагностики, що принципово важливо для успішної санаторно-курортної реабілітації.

Зрозуміло, що встановлені закономірності при різних за-

хворюваннях обґрунтовують корекційно-реабілітаційні заходи, спрямовані на адресатне зниження напружень у перелічених регуляторних системах.

Таким чином, дослідження, проведені в умовах санаторно-курортного лікування за допомогою поліфункціонального саногенетичного комплексу, дозволили визначити та встановити певні диференціації у тяжкості перебігу патологічних процесів у осіб з окремими нозологіями залежно від їх клінічної обтяженості, що має беззаперечне значення для адресатної медичної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баевский Р. М., Берсенева А. П. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний. — М., 1997. — 172 с.
2. Иванов Е. М. Актуальные вопросы восстановительной медицины. — Владивосток: Изд-во ДВГАЭУ, 2001. — 204 с.
3. Комаров Г. Д., Кучма В. Г., Носкин Л. А. Полисистемный саногенетический мониторинг. — М.: МИПКРО, 2001. — 342 с.
4. Паненко А. В., Романчук О. П. До питання нормування результатів дослідження варіабельності артеріального тиску // Одес. мед. журнал. — 2003. — № 2 (76). — С. 66-67.
5. Паненко А. В., Романчук О. П. Передумови та можливості практичного застосування комплексного дослідження функціонального стану організму пацієнтів під час санаторно-курортної реабілітації // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. — 2003. — № 1. — С. 30-33.
6. Пономаренко Г. Н. Физиотерапия и курортология в вопросах. — СПб.: Изд-во ВМА, 2000. — 308 с.

УДК 618.14-006.6:575

О. П. Пересунько, Р. В. Сенютович, І. Г. Завадовська, С. А. Цинтар

ОЦІНКА РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН У РОДИНАХ ХВОРИХ НА РАК ЕНДОМЕТРІЯ

Буковинська державна медична академія, Чернівці

У структурі злоякісних пухлин у жінок рак ендометрія (РЕ) посідає третє місце, а темпи зростання показників захворюваності на РЕ значно вищі, ніж при інших злоякісних пухлинах репродуктивних органів

у жінок [1]. Встановлено також, що за останні 20 років кумулятивний ризик захворюваності на РЕ збільшився на 93,5% [1; 5]. За даними довготривалого прогнозу, на початку нового сторіччя в більшості розвинених

країн світу в структурі захворюваності жіночого населення РЕ посяде перше місце, як це вже спостерігається в США [5; 7]. В Україні протягом 1 року помирає кожна вперше виявлена хвора. Особливостями ендометріокарциноми є

