

зависимость этих изменений от выраженности проявлений эндотелиальной дисфункции и глубины микроциркуляторных нарушений.

Ключевые слова: перитонеальный диализ, транспортные свойства перитонеальной мембраны, резидуальная функция почек, эндотелиальная дисфункция, микроциркуляция.

UDC 616.61–002.1–78

TRANSPORT ABILITY of PERITONEAL MEMBRANE and STATE of RESIDUAL KIDNEY FUNCTION in PATIENTES on PERITONEAL DIALYSIS

Mogylnyk A. I.

Summary. In the last years peritoneal dialysis is gaining popularity. One of the main reasons of this method inadequacy is decreasing ability to provide sufficient ultrafiltration against a background of peritoneal transport increase. Values of functional state of vessels endothelium, microcirculation system, transport abilities of peritoneal membrane and residual kidney function were evaluated in a 45 patients on peritoneal dialysis. Connection of increase the length of substitute kidney therapy with the rise of permeability of peritoneal membrane for low molecular weight substances with decreasing ability to ultrafiltration and deterioration of kidney function was discovered. Dependence of these changes from intensity of endothelial dysfunction manifestations and degree of microcirculation disturbances was proven.

Key words: peritoneal dialysis, transport abilities of peritoneal membrane, residual kidney function, endothelial dysfunction, microcirculation.

Стаття надійшла 12.10.2010 р.

УДК 616.89–06:616.1.7[–07–085.851+615.814.1

М.С. Панченко

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У СИСТЕМІ МЕДИКО – ПСИХОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ СТУДЕНТІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)
Харківський базовий медичний коледж №1 (м. Харків)

Дослідження виконано згідно з планом Харківської медичної академії післядипломної освіти – НДР кафедри психотерапії (зав.каф. – д-р мед. наук, проф. Б.В.Михайлов) «Непсихотичні психічні розлади у хворих серцево - судинними та судинно - мозковими захворюваннями» (держреєстрація №0109U002826; 2009-2011) та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи.

Вступ. Вегетативні соматоформні розлади – це функціонально - синдромологічні особливості пацієнта, які не можна пояснити з позицій патогенетичних проявів верифікованої у пацієнта соматичної патології та які не можна віднести до наслідків наявної у пацієнта іншої психічної симптоматики. Саме тому існує потреба у ранній диференційній діагностиці вегетативних соматоформних розладів, насамперед у осіб молодого віку. У системі диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів застосовуються нейрофізіологічні клінічні методи [11, 12] та клінічні показники, що дозволяє комплексно

оцінювати наявну діагностичну інформацію. Саме тому, найбільш доступними та традиційно застосовуваними методами залишається метод психологічного дослідження із застосуванням психометричного інструментарію, який дозволяє врахувати значну кількість порушень та шляхом логічного виключення диференціювати прояви вегетативних соматоформних розладів [10, 13].

Згідно з висновками ВООЗ до першочергових завдань щодо покращення психічного здоров'я населення належить "...забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми пов'язані з психічним здоров'ям". Окремою задачею (Задача 6. "Покращення психічного здоров'я"; п.б.1.) визначається "Значне скорочення поширеності та несприятливого впливу проблем, пов'язаних з охороною психічного здоров'я, та надання людям можливості справлятися з життєвими обставинами, які спроможні форму-

вати стрес” [22-25]. Серед пріоритетних стратегій, запропонованих ВООЗ – підготовка та безперервне удосконалення кваліфікації медичного персоналу, скринінг та усунення впливу факторів ризику, розробка нових методів та методологічних підходів до клініко-популяційних технологій оцінки ризику, ранньої діагностики та оцінки важкості перебігу патології [19, 22-25].

Окремою стратегією, здатною ефективно застосовуватися у системі інтегрованої профілактики на рівні первинної медико-санітарної допомоги – є реалізація скринінгових технологій у практичній діяльності лікарів загальної практики/сімейної медицини. У якості скринінгової технології оцінки рівня психічного здоров'я ВООЗ рекомендує застосування програми “БЛАГОПОЛУЧЧЯ - V” [19, 20, 25]. З урахуванням міжнародного досвіду, пріоритетних стратегій та рекомендацій ВООЗ, а також базових принципів національної програми “Здоров'я нації 2010”, на засадах застосування критеріїв доказової медицини. Для ранньої діагностики та прогнозування ВСФР першочергове значення має своєчасна оцінка ризику із урахуванням комплексу несприятливих факторів. Як відомо, прогнозування ризику повинно здійснюватися при комплексному врахуванні найбільш діагностично цінних та прогностично значимих факторів. З метою індивідуального прогнозування використовуються: дискримінантні коефіцієнти [1, 2, 4, 15], логарифмовані коефіцієнти [5, 18, 21], нормовані інтенсивні показники захворюваності [2, 15, 16].

Мета дослідження полягала у доборі способу прогнозування вегетативних соматоформних розладів для системи медико – психологічного моніторингу студентів на основі вивчення діагностичної цінності та прогностичної значимості анамнестичних та конституційно-біологічних факторів ризику.

Об'єкт і методи дослідження. Первинною інформаційною базою дослідження стали результати обстеження 236 осіб (118 з ВСФР та 118 практично здорових), середній вік обстежених склав (18,1±0,8) років. Групи порівняння були урівноважені за віко-статеву структуру, їх формування виконано з використанням методу копії-пара. Програмою обстеження передбачено вивчення частоти та виразності окремих анамнестичних та конституційно-біологічних факторів в групах порівняння; дані щодо наявності цих факторів отримані шляхом заповнення пацієнтами стандартизованого опитувальника закритого типу.

Одним із завдань даного дослідження була розробка методики індивідуального прогнозування ВСФР у осіб молодого віку. В зв'язку з цим, у нашому дослідженні проведено вивчення та аналіз способів прогнозування, які використовуються у клінічній практиці та у соціально-психологічних дослідженнях. Суть існуючих способів зводиться до знаходження вагового коефіцієнту для кожного рівня факторів з подальшою розробкою діагностичних таблиць [2, 6, 14, 15].

Теоретичною базою застосування перелічених методик є неоднорідна послідовна статистична

процедура розпізнавання [4-7] і, незалежно від методу прогнозування, кінцеві результати (за показниками точності) практично не відрізняються [2, 5, 8]. В опрацьованій нами методиці використано найбільш простий та перевірений метод – логарифмування коефіцієнтів правдоподібності. В основу цієї методики закладено принципи послідовної процедури розпізнавання з використанням прогностичних таблиць, ознаками прогнозу в яких є найбільш інформативні, значущі фактори формування несприятливих розладів, які визначені нами за даними дисперсійного аналізу як найбільш інформативні, достовірні та потогномічні [5].

Деонтологічні проблеми дослідження вирішено у межах існуючих Міжнародних конвенцій та законодавства України, принципів біоетики в медичних дослідженнях. Робота виконана відповідно до вимог Європейської конвенції (Страсбург, 18.03.1986 р.), директиви Ради Європейського економічного товариства (Страсбург, 21.11.1986 р.), Статуту Української асоціації з біоетики та нормами GLP (1992 р.), відповідно до вимог та нормам ІСН С8Р (2002 р.) і типового Положення з питань етики МОЗ України №281 від 01.11.2000 р.

При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані статистичні методи: варіаційна статистика, імовірнісний розподіл з оцінкою достовірності одержаних результатів; кореляційний та регресійний аналіз [2, 16]. У якості базових критеріїв оцінки прогностичної значимості факторів використані показники: сили впливу (η^2 ; %) та його інформативності (I; біт), які обчислювалися за стандартною методикою з використанням адаптованої у середовищі “EXCEL” комп'ютерної програми. При проведенні інформаційного аналізу використано дані попереднього (варіаційна статистика) клініко - статистичного аналізу [5-7].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз частоти окремих факторів між групами порівняння виконано з попередньою розбивкою факторів на групи: генеалогічних та конституційно – біологічних, клініко – анамнестичних та поведінково-психологічних факторів [12, 13].

Генеалогічні та конституційно – біологічні фактори. Частота ЦВП у батьків серед студентів досліджуваних груп коливалась у межах від (28,7±4,2)% до (65,3±4,4)% та достовірно була вищою у разі наявності ВСФР ($p \leq 0,001$). Згідно з опублікованими даними, у спеціальних популяційних дослідженнях виявлено асоційований ризик виникнення ВСД у разі наявності серед батьків одного із клінічних варіантів ЦВП. У нашому дослідженні сила впливу цього фактора склала 13,0% та виявлено, що фактор характеризується високою інформативністю (I=1,223), насамперед за рахунок практично двократного переважання частоти у групі студентів з ВСФР, що дозволило визначити перший ранг у переліку вивчених генеалогічних та конституційно-біологічних факторів ризику (табл.1).

На другому ранговому місці – наявність аномалій соматотипу. Як відомо, ці аномалії розглядаються у якості індикаторів – стигм дисембріогенезу, значимих і для ранньої діагностики ВСФР. Виявлено, що серед пацієнтів з ВСФР аномалії соматотипу мали місце достовірно ($p \leq 0,001$) частіше, ніж серед осіб контрольної групи (відповідно, $(35,6 \pm 4,4)\%$ та $(9,3 \pm 2,7)\%$). Практично втричі більша частота цих проявів, згідно до методики забезпечила і високу їх інформативність ($I=0,959$ біт) та прогностичну значимість.

Цереброваскулярна патологія у батьків студентів порівнюваних груп достовірно ($p < 0,001$) частіше виявлена у разі наявності ВСФР; становила $(65,3 \pm 4,4)\%$ і практично в 2,3 рази перевищувала цей показник в групі контролю $(28,7 \pm 4,2)\%$.

Прогностичне значення цього фактора – найбільше серед проаналізованих генеалогічних та конституційно-біологічних ознак (перше рангове місце; $\rho=1$); слід зазначити, що цьому фактору властива також найбільша інформативність ($I=1,223$ біт), що і дозволяє застосовувати його при прогнозуванні ВСФР.

Аномалії соматотипу, як відображення особливостей тілобудови та потенційної ознаки дисморфопсії, виявлено у $(35,6 \pm 4,4)\%$ підлітків з ВСФР та $(9,3 \pm 2,7)\%$ - у групі контролю, $p < 0,001$. Прогностичне значення фактора ($PK=+5,8$) та його висока інформативність ($I=0,959$ біт) і сила впливу ($\eta^2=10,0\%$) фактора свідчать на користь високої діагностичної цінності цього індикатора.

Таблиця 1

Діагностична цінність та прогностичне значення генеалогічних та конституційно - біологічних факторів ризику вегетативних соматоформних розладів

ρ	Логічне значення та градації факторів		Групи пацієнтів				ПК, пат	I, біт	$\eta^2, \%$	p=
			ВСФР nX=118		контрольна nK=118					
			абс.	(P±m)%	абс.	(P±m)%				
1	цереброваскулярна патологія у батьків	так	77	65,3±4,4	33	28,7±4,2	+3,5	0,652	13	0,001
		ні	41	34,7±4,4	82	71,3±4,2	-3,1	0,571		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	1,223		
2	аномалії соматотипу	так	42	35,6±4,4	11	9,3±2,7	+5,8	0,764	10	0,001
		ні	76	64,4±4,4	107	90,7±2,7	-1,5	0,195		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,959		
3	сколіотична постава	так	54	45,8±4,6	19	16,1±3,4	+4,5	0,673	10	0,001
		ні	64	54,2±4,6	99	83,9±3,4	-1,9	0,281		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,954		
4	індекс Кетле	≤25,0	73	61,9±4,5	41	34,7±4,4	+2,5	0,340	7	0,001
		>25,0	45	38,1±4,5	77	65,3±4,4	-2,3	0,316		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,656		
5	аномалії росту зубів	так	27	22,9±3,9	9	7,6±2,4	+4,7	0,364	4	0,001
		ні	91	77,1±3,9	109	92,4±2,4	-0,8	0,060		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,424		
6	гіпермобільність суглобів	так	31	26,3±4,1	12	10,2±2,8	+4,1	0,332	4	0,001
		ні	87	73,7±4,1	106	98,8±2,8	-1,0	0,069		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,401		
7	плоска ступня	так	21	17,8±3,5	9	7,6±2,4	+3,6	0,187	2	0,019
		ні	97	82,2±3,5	109	92,4±2,4	-0,5	0,026		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,213		
-	наявність у батьків ХЗ ШКТ	так	34	28,8±4,2	37	31,4±4,3	-0,3	0,005	0	0,330
		ні	84	71,2±4,2	81	68,6±4,3	+0,1	0,002		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,007		
-	наявність у батьків ХНЗЛ	так	14	11,9±3,0	16	13,6±3,2	-0,5	0,005	0	0,321
		ні	104	88,1±3,0	102	86,4±3,2	0,0	0,001		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,006		

Примітка: ρ – ранговий номер фактора у межах аналізованої групи факторів; p – достовірність відмінностей у частоті фактора між групами порівняння; ПК – прогностичні коефіцієнти фактора (пат), I – інформативність фактора (біт), η^2 – сила впливу фактора (%)

Сколиотична постава у якості ознаки підвищеного ризику виявлена у (45,8±4,6)% підлітків з ВСФР та з достовірно ($p < 0,001$) меншою частотою у групі контролю - (16,1±3,4)%; переважання частоти цієї ознаки майже втричі, відповідно вказує її високу інформативність ($I=0,954$ біт) та прогностичне значення фактора і його рангове місце ($=3$) у якості одного із найбільш значимих скринінгових індикаторів.

Аналіз розподілу підлітків двох груп за інтегральним зросто - ваговим індексом (С.Kettle) виконано за дихотомічним значенням норми і виявлено, що серед підлітків з ВСФР було достовірно ($p < 0,001$) більше осіб з відхиленням від нормальних значень показником маси тіла - (61,9±4,5)%, тоді як у контролі - (34,7±4,4)%, що може пояснюватися більшою частотою в групі підлітків з ВСФР осіб з аномалією соматотипу та свідчити про існування кореляційних взаємозв'язків між цими факторами. Аналогічно з попередніми факторами, отримано відповідні значення інформативності ($I=0,656$), прогностичного значення ($+ПК=+2,5$) та сили впливу ($\chi^2=7,0\%$) цього фактора (рис.1).

Вивчення частоти окремих стигм дисембріогенезу (гіпермобільність суглобів, аномалії росту зубів, наявності плоскої ступні; табл. 1) дозволило розширити перелік можливих факторів ризику ВСФР та з'ясувати, що найбільш інформативним ($I=0,424$) та прогностично значимим ($+ПК=+2,5$) фактором є наявність аномалій росту зубів ($+ПК=+4,7$).

Слід зазначити, що роль наявності обважченої спадковості по хронічним захворюванням бронхолегеневої системи та шлунково-кишкового тракту у якості самостійного фактора ризику у проведеному дослідженні не підтверджена, що може бути пояснено однаковою високою частотою цих ознак серед обстежених порівнюваних груп

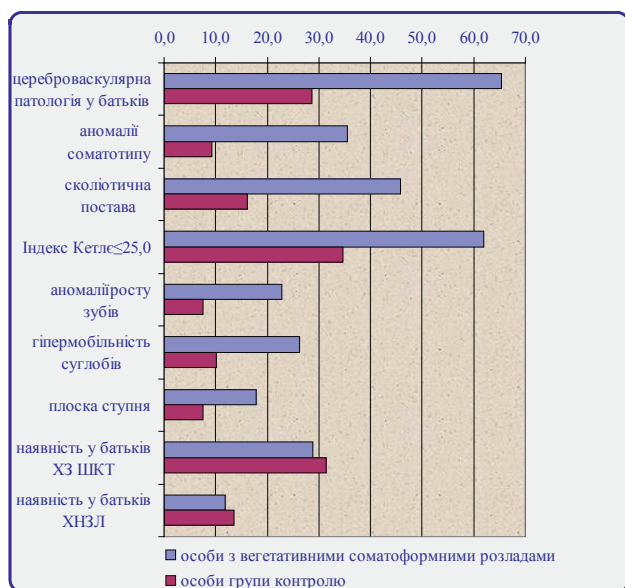


Рис. 1. Частота окремих генеалогічних та конституційно – біологічних факторів серед осіб з вегетативними соматоформними розладами та осіб контрольної групи.

(табл. 1). Водночас, зазначаємо, що частота обважченої спадковості по ХЗ ШКТ коливалась у межах від (28,8±4,2)% до (31,4±4,3)%, а по ХЗБЛС, відповідно від (11,9±3,0)% до (13,6±3,2)%, $p > 0,05$.

Найбільш значимим із клініко-анамнестичних факторів виявився факт наявності частих гострих респіраторно – вірусних захворювань, як прояв зниження неспецифічної резистентності; з'ясовано що серед осіб з ВСФР достовірно більша частка осіб (майже в два рази більша), ніж у контрольній групі має чотири та більше ГРВІ впродовж останніх 12 міс (відповідно (49,2±4,6)% та (22,2±3,8)%, $p < 0,001$); цей фактор має високу інформативність ($I=0,724$ біт), прогностичну значимість ($+ПК=+3,4$) та силу впливу ($\chi^2=8,0$).

Порушення функції органа зору (міопія, амбліопія, наявність спазму акомодатії) також достовірно ($p < 0,001$) більш частіше зареєстровано у осіб з ВСФР – у (56,8±4,6)%, тоді як в групі контролю – (28,8±4,2)%. Достовірно значимі відмінності у частоті ознаки, її висока інформативність ($I=0,715$ біт), прогностичне значення ($+ПК=+2,9$) та статистично значима сила впливу ($\chi^2=8,0\%$) дозволяють віднести цю ознаку до факторів ризику ВСФР.

Досить цікавим виявився розподіл пацієнтів обстежених груп за показником частоти ХЗШКТ. Так, в групі осіб з ВСФР частота ХЗШКТ виявилася достовірно ($p < 0,001$) вищою – (21,2±3,8)%, тоді як в контрольній групі – (5,9±2,2)%. Слід зазначити, що методика формування груп пацієнтів базувалася на оцінці наявності ВСФР, що і визначило подібний розподіл на клінічні групи. Однак, як відомо із аналітичного огляду фахової літератури, синтропія ВСФР з ХЗШКТ може носити первинний чи вторинний характер. Виходячи із цього, можна допустити, що різниця у частоті ХЗШКТ в двох досліджуваних групах (15,3%) утворюється за рахунок клінічного розвитку ВСФР і їх «соматизації». При цьому, частота ХЗШКТ у групі контролю – на порядок нижча популяційного рівня поширеності патології цієї групи. Виходячи із отриманих результатів порівняльного аналізу, отримані показники прогностичного значення ХЗШКТ стосовно ризику ВСФР ($+ПК=+5,5$) та діагностична цінність цієї клініко – анамнестичної ознаки ($I=0,480$ біт).

Наявність аппендектомії (АЕ) та тонзилектомії (ТЕ) в анамнезі розглядалося нами у якості ознак можливого зниження неспецифічної резистентності та як один із факторів реалізації донозологічного ВСФР, у соматичну патологію.

Як з'ясовано у дослідженні, це підтверджуються достовірно більшою частотою АЕ – (14,4±3,2)% і ТЕ – (17,8±3,5)% серед осіб з ВСФР (табл. 2). Отже, у межах наведеного допущення, можна сформулювати послідовність процесу соматизації ВСФР: наявність функціонального порушення → зниження неспецифічної резистентності (ГРВІ, АЕ, ТЕ) → формування морфологічної основи соматичного захворювання → формування цілісного комплексу клініко - синдромологічних

Таблиця 2

Діагностична цінність та прогностичне значення клініко – анамнестичних факторів ризику вегетативних соматоформних розладів

ρ	Логічне значення та градації факторів		Групи пацієнтів				ПК, пат	I, біт	η2,%	p=
			ВСФР nX=118		контрольна nK=118					
			абс.	(P±m)%	абс.	(P±m)%				
1	ГРВЗ (>4 разів)	так	58	49,2±4,6	26	22,2±3,8	+3,4	0,472	8	0,001
		ні	60	50,8±4,6	92	78,0±3,8	-1,8	0,252		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,724		
2	порушення функції органа зору	так	67	56,8±4,6	34	28,8±4,2	+2,9	0,412	8	0,001
		ні	51	43,2±4,6	84	71,2±4,2	-2,1	0,303		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,715		
3	Наявність ХЗ ШКТ	так	25	21,2±3,8	7	5,9±2,2	+5,5	0,422	5	0,001
		ні	93	78,8±3,8	111	94,1±2,2	-0,8	0,059		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,480		
4	аппендектомія	так	17	14,4±3,2	4	3,4±1,7	+6,2	0,346	3	0,003
		ні	101	85,6±3,6	114	96,6±1,7	-0,5	0,029		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,375		
5	тонзилектомія	так	21	17,8±3,5	7	5,9±2,2	+4,7	0,283	3	0,005
		ні	97	82,2±3,5	111	94,1±2,2	-0,5	0,035		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,318		
6	патологія сечовидільної системи	так	17	14,4±3,2	6	5,1±2,0	+4,5	0,211	2	0,016
		ні	101	85,6±3,2	112	94,9±2,0	-0,5	0,021		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,232		
7	наявність ХНЗЛ	так	11	9,3±2,7	5	4,2±1,9	+3,4	0,087	1	0,120
		ні	107	90,7±2,7	113	95,8±1,9	-0,2	0,006		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,093		

Примітка: ρ – ранговий номер фактора у межах аналізованої групи факторів; p – достовірність відмінностей у частоті фактора між групами порівняння; ПК – прогностичні коефіцієнти фактора (пат), I – інформативність фактора (біт), η2 – сила впливу фактора (%)

проявів хронічної патології. Саме тому, нами визначені діагностична цінність та прогностичне значення ТЕ та АЕ з розрахунком відповідних показників. Досліджено також, діагностичне та прогностичне значення наявності хронічних захворювань БЛС та сечовидільної системи (СВС) і з'ясовано, що серед осіб з ВСФР частота патології СВС вдвічі (відповідно (14,4±3,2)% та (5,1±2,0)%), p=0,016, а БЛС – втричі (відповідно (9,3±2,7)% та (4,2±1,9)%, p=0,120) більша, ніж серед осіб контрольної групи (рис.2).

Поведінково-психологічні фактори. Адекватність самооцінки стану власного здоров'я досліджена серед осіб обох груп та з'ясовано, що особи з ВСФР достовірно частіше оцінюють стан власного здоров'я, як незадовільний ((79,7±3,7)% та (31,4±4,3)% відповідно, p<0,001), тоді як близько 1/5 хворих на ВСР недооцінюють існуючі у них прояви. Отримані дані свідчать про достатньо високу діагностичну цінність самооцінки стану

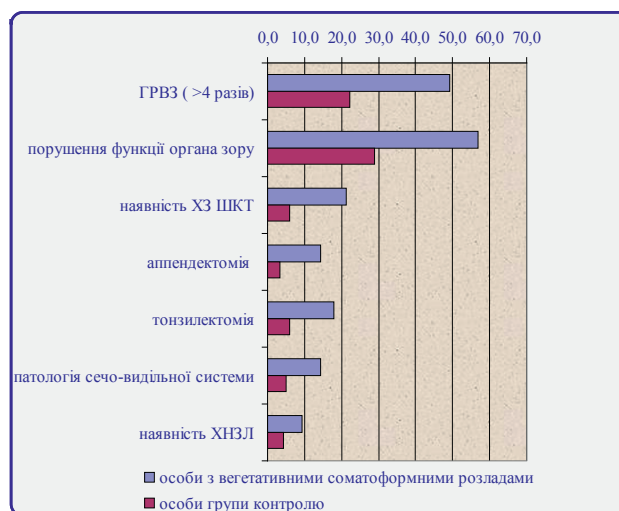


Рис.2. Частота окремих клініко - анамнестичних факторів серед осіб з вегетативними соматоформними розладами та осіб контрольної групи.

власного здоров'я ($I=2,254$ біт) хворими на ВСФР. Слід зазначити, що самооцінка фізичного розвитку – більш адекватна у осіб з ВСФР, ніж самооцінка власного здоров'я. Так, лише ($46,6\pm 4,6$)% хворі оцінюють свій фізичний розвиток, як задо-

вільний; водночас, серед пацієнтів контрольної групи таких осіб – ($71,2\pm 4,2$)%. Аналіз прогностичної цінності цих самооцінок показує, що достовірні дані на рівні $p=0,001$ отримані лише у разі низької оцінки рівня власного фізичного роз-

Таблиця 3

Діагностична цінність та прогностичне значення поведінково-психологічних факторів ризику вегетативних соматоформних розладів

р	Логічне значення та градації факторів		Групи пацієнтів				ПК, пат	I, біт	η2,%	p=
			ВСФР nX=118		контрольна nK=118					
			абс.	(P±m)%	абс.	(P±m)%				
1	незадовільна самооцінка стану	так	94	79,7±3,7	37	31,4±4,3	+4,0	0,978	23	0,001
		ні	24	20,3±3,7	81	68,6±4,3	-5,3	1,276		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	2,254		
2	наявність паління	так	84	71,2±4,2	52	44,8±4,6	+2,0	0,265	7	0,001
		ні	34	28,8±4,2	64	55,2±4,6	-2,8	0,372		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,637		
3	стаж паління	не палять	34	28,8±4,2	64	54,7±4,6	-2,7	0,360	6	0,001
		<12 міс	27	22,9±3,9	19	16,2±3,4	+1,5	0,049		
		1-2	41	34,7±4,4	27	23,1±3,9	+1,8	0,104		
		>2	16	13,6±3,2	7	6,0±2,2	+3,5	0,135		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,648		
4	самооцінка фізичного розвитку	так	55	46,6±4,6	84	71,2±4,2	-1,8	0,226	6	0,001
		ні	63	53,4±4,6	34	28,8±4,2	+2,7	0,329		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,555		
5	незадовільна оцінка матір'ю стану здоров'я	так	82	69,5±4,2	58	49,2±4,6	+1,5	0,153	4	0,002
		ні	36	30,5±4,2	60	50,8±4,6	-2,2	0,226		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,379		
6	фізична активність	< 10 год	94	79,7±3,7	77	65,3±4,4	+0,8	0,062	2	0,013
		> 10 год	24	20,3±3,7	41	34,7±4,4	-2,3	0,168		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,230		
7	незадовільна оцінка батьком стану здоров'я	так	64	54,2±4,6	47	39,8±4,5	+1,3	0,097	2	0,027
		ні	54	45,8±4,6	71	60,2±4,5	-1,2	0,086		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,182		
8	відношення до алкоголю	ніколи	8	6,8±2,3	6	5,1±2,0	-1,2	0,011	1	0,019
		< 12 міс	45	38,1±4,5	52	44,1±4,6	+0,6	0,019		
		12-24 міс	34	28,8±4,2	31	26,3±4,1	+0,4	0,005		
		>12 міс	31	26,3±4,1	29	24,6±4,0	+0,3	0,002		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,037		
9	відношення до свого здоров'я (самооцінка)	так	49	41,5±4,5	57	48,3±4,6	-0,6	0,022	0	0,295
		ні	69	58,5±4,5	61	51,7±4,6	+0,5	0,018		
		всього	118	100,0	118	100,0	-	0,040		

Примітка: р – ранговий номер фактора у межах аналізованої групи факторів; р – достовірність відмінностей у частоті фактора між групами порівняння; ПК – прогностичні коефіцієнти фактора (пат), I – інформативність фактора (біт), η2 – сила впливу фактора (%)

витку. При цьому, виявлено, що серед осіб з ВСФР достовірно ($p=0,013$) більша частка осіб зі зниженою буденною фізичною активністю (відповідно $(79,7\pm 3,7)\%$ та $(65,3\pm 4,4)\%$), тоді як ризик формування ВСФР, у разі буденної фізичної активності понад 10 год знижується практично втричі (табл. 3.). На думку хворих та ВСФР, у $(69,5\pm 4,2)\%$ мати та $(54,2\pm 4,6)\%$ - батько незадовільно оцінюють стан їх здоров'я, що достовірно відрізняється від аналогічних показників контрольної групи (відповідно $(49,2\pm 4,6)\%$ та $(39,8\pm 4,5)\%$, $p=0,02$).

Аналіз наявності та стажу паління тютюну виявив, що хворі на ВСФР достовірно частіше палять тютюн ($(71,2\pm 4,2)\%$ та $(44,8\pm 4,6)\%$, відповідно, $p<0,001$) та мають, як правило ($p<0,001$), більший стаж паління. Слід зазначити, що діагностична цінність факту наявності паління та стажу паління – практично однакова (відповідно, 0,637 та 0,648 біт), однак виявлено достовірне ($p<0,001$) зростання ризику ВСФР залежно від збільшення стажу паління.

Аналізовані групи пацієнтів практично не відрізнялись за стажем вживання алкогольних напоїв, за виключенням дещо більшої частки серед осіб групи контролю, які мають стаж вживання алкоголю у менше року; отримані дані свідчать про однаково високу частоту вживання алкогольних напоїв серед обстежених порівнюваних груп (рис. 3).

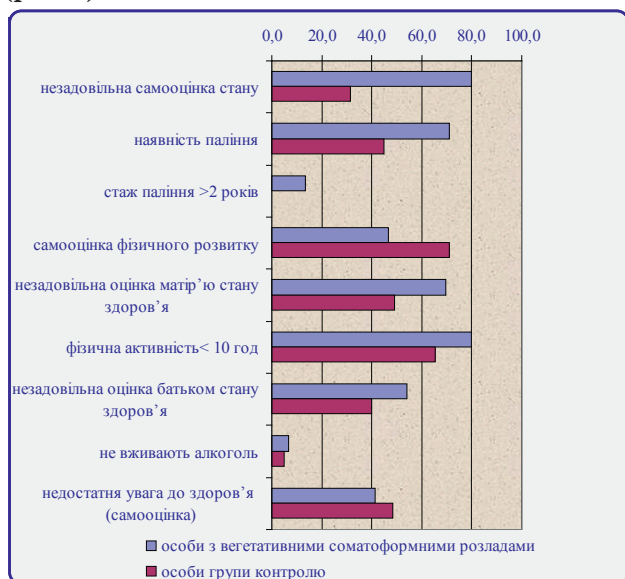


Рис. 3. Частота окремих поведінково - психологічних факторів серед осіб з вегетативними соматоформними розладами та осіб контрольної групи.

По результатах дисперсійного аналізу нами визначені фактори для внесення до прогностичної таблиці. До таблиці (табл. 4) внесені незалежні ознаки розпізнавання - фактори. Якщо сила зв'язку (r_{xy}) між факторами перевищувала $\pm 0,7$, то один із факторів виключався із переліку ознак прогнозування, незважаючи на те, що обидва фактори інформативні. Застосування ж діагностичної таблиці дозволяє реалізувати технологію

прогнозування у вигляді чітко визначеного скринінгового патометричного алгоритму. Існує ряд переваг [9] патометричних алгоритмів (ПА) прогнозування (рис. 4).

Таблиця 4
Скринінговий алгоритм оцінки ризику вегетативних соматоформних розладів

Критерії оцінки ризику		Прогностичні коефіцієнти
логічне значення	градації	
незадовільна самооцінка стану здоров'я	так	+4,0
	ні	- 5,0
цереброваскулярна патологія у батьків	так	+3,5
	ні	- 3,1
аномалії соматотипу	так	+5,8
	ні	- 1,5
сколіотична постава	так	+4,5
	ні	- 1,9
клінічні ознаки зниження неспецифічної резистентності	так	+3,4
	ні	-1,8
порушення функції органа зору	так	+2,9
	ні	-2,1
наявність паління	так	+ 2,0
	ні	- 2,8
індекс Кетле	<25	+ 2,5
	>25	- 2,3
стаж паління	не палить	- 2,7
	<12 міс	+ 1,5
	1-2 роки	+ 1,8
самооцінка фізичного розвитку	>2 років	+ 3,5
	задовільна	- 1,8
	незадовільна	+ 2,7

Діагностичні групи (ДГ)				
ДГ - 1	ДСmin ≤ - 17	ДГ - 2	ДСmax ≥ +17	ДГ - 3
мінімальний ризик ВСФР		невизначений ризик ВСФР		високий ризик ВСФР

Рис. 4. Шкала оцінки індивідуального результату скринінгу на виявлення ризику вегетативних соматоформних розладів.

А саме: ПА за своєю суттю є багатовимірним, але обмежується аналізом одновимірного розподілу факторів ризику (ознак розпізнавання); ПА - можна застосовувати для будь-якого за формою емпіричного розподілу факторів ризику в популяції і це не вимагає знання закону розподілу; ПА можна реалізувати і при використанні ПЕОМ і за допомогою немашинних методів діагностики, що досить важливо для сучасних умов організації первинної допомоги. Принцип прийняття рішення у ПА має досить простий механізм і може зводитися до простого додавання прогностичних балів, але за умови суворого додержання послідовності аналізу ознак розпізнавання (факторів формування ВСФР). ПА за технологією розподілу повністю відповідає існуючій технології співвіднесення обсягів медичної допомоги і рівня індивідуального ризику ВСФР, однак ПА не тільки враховує наявні фактори ризику, але і зводить до мінімуму кількість кроків діагностичної технології за рахунок автоматизованого відбору більш інформативних факторів. У зв'язку з цим - обмежується і кількість ознак прогнозування. Серед обмежень патометричного алгоритму прогнозування слід відзначити його альтернативність при вирішенні багатовимірних діагностичних завдань, та можливого недоврахування кореляційних взаємозв'язків між окремими факторами ризику (що в нашому випадку враховано). Для прогнозування використано тип формалізованого інформаційного бланку (ФІВ) - таблиці, що базується на незалежних факторах ризику та опрацьована за результатами власного дослідження.

Патометричний ФІВ може використовуватися і для формування групи діагностичної активності, і для формування груп лікувально-профілактичної активності, і для розподілу на групи динамічного (диспансерного) нагляду, диференційованих ступенем ризику розвитку (формування) ВСФР. Необхідною умовою розробки алгоритмів була їх верифікація та відображення структури факторів, які використано у якості ознак розпізнавання ризику. Тобто, прогнозування реалізовано за рахунок використання діагностичної інформативності факторів формування ВСФР у осіб молодого віку.

Висновки.

1. Найбільш інформативними та прогностично значимими в групі генеалогічних та конституційно - біологічних факторів ризику стосовно ВСФР є наявність у родині цереброваскулярних захворювань, аномалії соматотипу та сколіотичної постави у студента. Зазначені конституційно-біологічні індикатори інтегративно відображають вплив особливостей постнатального розвитку на формування ризику.

2. Найбільш інформативними та прогностично значимими в групі клініко - анамнестичних факторів є часті простудні захворювання, як прояв зниження рівня неспецифічної резистентності, функціональні порушення органа зору та наявність функціональних розладів шлунково-

кишкового тракту (насамперед, біліарних дисфункцій), які на етапах клініко-психологічного моніторингу слід розглядати як значимий індикатор соматизації ВСФР.

3. Найбільш інформативними та прогностично значимими в групі поведінково-психологічних факторів є: незадовільна самооцінка стану стану здоров'я студентом, наявність паління та його стаж понад 5 р.

4. Опрацьовано скринінговий алгоритм для прогнозування високого ризику вегетативних соматоформних розладів у осіб молодого віку (студентів) за комплексом найбільш інформативних факторів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням клініко - психологічних особливостей осіб молодого віку з вегетативними соматоформними розладами.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарева З.Г. Экологические, биологические и социально - гигиенические аспекты долголетия / З.Г. Бондарева, Э.А. Отева // Терапевтический архив.-1989.- №10.- С.154-158.
2. Васильев К.Г., Голяченко А.М. Методы эпидемиологического изучения неинфекционных болезней.-К.: Здоров'я, 1983.-124 с
3. Воронцов А.П. Применение методов вычислительной диагностики для выбора тактического решения при угрожающих состояниях у детей / А.П. Воронцов, Е.В. Гублер, Э.К. Цыбулькин // Вопр. охраны материнства и детства.-1981.-№7.-С.3-8.
4. Галанин А.В., Беликович А.В., Проскурина Н.С. Практические работы по биометрии. - Магадан: Наука, 1986.- С.15-20
5. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. - Л.: Медицина, 1978.- 294 с.
6. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. -Л.: Медицина, 1990.-176 с.
7. Гублер Е.В. Клиническая патоинформатика в педиатрии. - Л.: Медицина, 1992.- 211 с.
8. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях.-Л: Медицина, 1973.-141 с.
9. Дмитриев В.И. Некоторые результаты изучения мотивов и характера потребления алкогольных напитков подростками / В.И. Дмитриев, А.К. Курьянов // Актуальные проблемы мед. обеспечения студентов.-М.-1985.-С.98-100.
10. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.-М.:Медпресс,1999.-592 с
11. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Уч. пособие.- Харьков. - ХМАПО, 2002. - 98 с.
12. Панченко Н.С. Вегетативные соматоформные расстройства: возможности оценки эффективности коррекции на этапах клинико - психологического мониторинга / Н.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини.- Вип.2.-С.108-113.
13. Панченко М.С. Поширеність та структура вегетативних соматоформних розладів (за результатами моніторингу студентів) / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини.-Вип.3.-С.216-221.
14. Семке В.Я. Старые и новые проблемы психотерапии пограничных состояний / В.Я. Семке // Вестник гипнологии и психотерапии. -1992. - № 3. - С. 7-15.
15. Шкляр С.П. Клініко-епідеміологічні особливості, фактори ризику та прогнозування хронічних неінфекційних захворювань серед осіб молодого віку: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Х., 1994.-26 с.

16. Эпидемиология неинфекционных заболеваний / Под ред. А.М. Вихерта А.В.Чаклина; АМН СССР.- М: Медицина, 1990.-272с.
17. Baseline information: Global oral epidemiological data bank / WHO.-Geneva:WHO, 1997.- P. 343-396
18. Chiang C.L. An index of heals: mathematical models.- Wash. Gov. Print,-1985.-19 p.
19. Developing public health in European Region. / WHO. Regional Office for Europa.-Copenhagen:WHO. Regional Office for Europa, 2000. – P.181-212.
20. Health for all in the twenty-first century /WHO.-Geneva:WHO, 1998.-231 p.
21. Kendall M., Stuart T. (Кендалл М., Стюарт Т.) Статистические выводы и связи: (Пер. с англ.). -М: Финансы и статистика, 1973. - Т2.-239 с.
22. Planning and managing WHO's programmes / WHO.-Geneva: WHO,: 1997.- P. 43-98.
23. Primary health care: report of the International conference on Primary Health Care, Alma-Ata (USSR), Sept. 1978.- Geneva: WHO, 1978.- 79 p.
24. Technical definition and commentary for use at the International Conference on Populations and Development / WHO. Regional Office for Europa, Copenhagen: WHO. Regional Office for Europa. 1994.-117 p.
25. World Health Organization: Global goals for oral health in the year 2000 / Int. Dent. J. – 1982.- Vol.32. – P. 74-77.

УДК 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В СИСТЕМЕ МЕДИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СТУДЕНТОВ

Панченко М. С.

Резюме. По результатам пятилетнего мониторинга изучена частота и определено прогностическое значение факторов риска вегетативных соматоформных расстройств, обоснован алгоритм оценки риска соматоформных вегетативных расстройств и прогнозирования в системе медико - психологического мониторинга.

Ключевые слова: вегетативные соматоформные расстройства, распространенность, структура, медико- психологический мониторинг.

УДК 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У СИСТЕМІ МЕДИКО – ПСИХОЛОГІЧНОГО МОНИТОРИНГУ СТУДЕНТІВ

Панченко М.С.

Резюме. За результатами п'ятирічного моніторингу вивчено частоту та визначено прогностичне значення факторів ризику вегетативних соматоформних розладів, обґрунтовано алгоритм оцінки ризику соматоформних вегетативних розладів та прогнозування у системі медико – психологічного моніторингу.

Ключові слова: вегетативні соматоформні розлади, поширеність, структура, медико – психологічний моніторинг.

UDC 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

RISK FACTORS and PROGNOSTICATION of VEGETATIVE SOMATOFORM DISORDERS in SYSTEM of MEDICO-PSYCHOLOGICAL MONITORING of STUDENTS

Panchenko .M.S

Summary. On results of the five-year monitoring a forecasting value of risk factors for autonomic somatoform disorders was defined and it's frequency was studied, the algorithm of somatoform vegetative disorders risk estimation and prognostication in the system of the medico-psychological monitoring had been justified.

Key words: vegetative somatoform disorders, prevalence, structure, medico-psychological monitoring.

Стаття надійшла 26.10.2010 р.