

Спосіб оцінки рівня ризику вегетосудинної дистонії відноситься до галузі медицини, зокрема до неврології, санології та клінічної патоінформатики. Він може використовуватися у системі санологічного моніторингу здорових осіб з метою формування груп проспективного динамічного нагляду, діагностичної та лікувально - профілактичної активності.

Вегетосудинна дистонія - багаторинникове захворювання, яке проявляється порушенням синхронізації у функціонуванні органів та систем за рахунок впливу факторів зовнішнього чи внутрішнього середовища та, в першу чергу, клінічне маніфестується артеріальною гіпер- або гіпотензією і різноманітними клінічними варіантами порушення вегетативного забезпечення.

Оцінка ризику вегетосудинної дистонії передбачає комплексне застосування методів анамнестичного обстеження [Вегетативные расстройства // Под. ред. А.М.Вейн. - М.: МИА, 1998. - С.110-147], функціонального дослідження стану периферійного кровообігу [Миронова Т.Ф., Мионов В.А. Возрастные особенности вегетативной регуляции синусового ритма сердца в норме и патологии // Физиология человека. - 1998. - Т.19, №2. - С.84-90], клінічного вивчення вегетативного забезпечення [Гринштейн А.М., Попова Н.А. Вегетативные синдромы. - М.: Медицина, 1981. - 307с.], що дозволяє комплексно оцінювати наявну прогностичну інформацію. Саме тому, найбільш доступними та традиційно застосовуваними методами оцінки рівня ризику є способи, які базуються на врахуванні значної кількості прогностичних показників.

Основними засобами оцінки рівня ризику вегетосудинної дистонії є стандартизовані обстеження функціонального стану та стану вегетативного забезпечення з подальшим застосуванням спеціальної технології прогнозування, основою якої є прогностичні показники виявлених функціональних порушень та факторів патогенного ризику вегетосудинної дистонії.

Відомий спосіб оцінки ризику вегетосудинної дистонії [Вегетативные расстройства // Под. ред. А.М.Вейн. - М.: МИА, 1998. - с.110-147], який включає послідовний якісний аналіз наявності об'єктивної спадковості, джерел хронічної інфекції, черепно-мозкових травм в анамнезі у поєднанні із оцінкою вегетативного забезпечення з їх наступним якісно-логічним узагальненням за допомогою бальної системи оцінки.

Цей спосіб дозволяє врахувати необхідну кількість критеріїв ризику та передбачає проведення кількісної оцінки одержаних даних.

Недоліками вказаного способу є використання значної кількості показників, прогностична цінність яких визначена експертним шляхом, а значна тривалість та ресурсозатратність стандартного загальноклінічного дослідження, обмежує його застосування при масових обстеженнях.

Вищезгаданий спосіб є найбільш близьким по технічній суті і результату, що може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу винаходу покладено задачу підвищення точності та зменшення ресурсозатратності оцінки рівня ризику вегетосудинної дистонії.

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі оцінки ризику вегетосудинної дистонії, який включає послідовний якісний аналіз наявності об'єктивної спадковості, джерел хронічної інфекції, черепно-мозкових травм в анамнезі з наступним логічним узагальненням вказаних критеріїв, згідно з винаходом, додатково вимірюють фізичну активність, частоту гострих простудних захворювань, інтенсивність паління, вагу тіла та зріст, після чого у визначеній послідовності розраховують узагальнений показник ризику вегетосудинної дистонії за формулою  $R_{всд} = (ПК_1 + ПК_2 + ПК_3 + ПК_4 + ПК_5 + ПК_6 + ПК_7) / Q_{\alpha-\beta}$ , де  $R_{всд}$  - узагальнений показник ризику вегетосудинної дистонії,  $ПК_N$  - показники прогностичного значення врахованих вимірів,  $Q_{\alpha-\beta}$  - показник рівня безпомилковості оцінки рівня ризику; і коли  $R_{всд} > +1$  констатують наявність високого рівня ризику вегетосудинної дистонії.

Підвищення точності оцінки рівня ризику вегетосудинної дистонії досягають тим, що комплексно враховуєть прогностичне значення патогенних факторів ризику вегетосудинної дистонії, що дозволяє у значній кількості випадків відмовитись від ресурсозатратних методів оцінки рівня ризику.

Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад при проведенні планового комплексного медичного огляду або при проведенні приймання пацієнтів за зверненням, простими, легко здійснюваними засобами, зокрема, за допомогою стандартизованого анамнестичного обстеження з'ясовують наявність об'єктивної спадковості, джерел хронічної інфекції, черепно-мозкових травм, вимірюють фізичну активність, враховують частоту гострих захворювань респіраторної системи впродовж останніх 12 міс, інтенсивність паління, вимірюють вагу тіла та зріст (розраховують індекс Кетле: відношення ваги тіла до зросту), після чого у визначеній послідовності розраховують узагальнений показник ризику вегетосудинної дистонії за формулою  $R_{всд} = (ПК_1 + ПК_2 + ПК_3 + ПК_4 + ПК_5 + ПК_6 + ПК_7) / Q_{\alpha-\beta}$ , де  $R_{всд}$  - узагальнений показник ризику вегетосудинної дистонії,  $ПК_N$  - показники прогностичного значення врахованих вимірів,  $Q_{\alpha-\beta}$  - показник безпомилковості оцінки рівня ризику (при рівні безпомилковості - 95,0%,  $Q_{\alpha-\beta} = 13$ ); оцінювання виконують при послідовному додаванні прогностичних коефіцієнтів; і коли  $R_{всд} > +1$  констатують наявність високого рівня ризику вегетосудинної дистонії. При розрахунку узагальненого показника ризику вегетосудинної дистонії для кожного із факторів патогенного ризику використовують наступні прогностичні коефіцієнти (у дужках подані прогностичні коефіцієнти, які застосовуються при наявності та при відсутності аналізуваного фактора): наявність об'єктивної спадковості на серцево-судинні захворювання ( $ПК_1$ : +3; - 2), регулярне паління не менше однієї цигарки на добу ( $ПК_2$ : +3; - 3), наявність трьох чи більше гострих захворювань респіраторної системи за останні 12 місяців ( $ПК_3$ : +3; - 1), відхилення індекса Кетле від референтних значень не менше ніж на 10% ( $ПК_4$ : +3; - 1), недостатній рівень фізичної активності ( $ПК_5$ : +6; - 2), наявність черепно - мозкової травми ( $ПК_6$ : +5; -1), наявність джерел хронічної інфекції ( $ПК_7$ : +3; -1).

Приклад, який ілюструє спосіб. Юрій Н., 21 рік. При проведенні планового комплексного медичного огляду анамнестичним методом з'ясована наявність об'єктивної спадковості на серцево-судинні захворювання ( $ПК_1 = +3$ ), наявність регулярного паління ( $ПК_2 + ПК_1 = +6$ ), впродовж останніх 12 міс тричі хворів на гострі захворювання респіраторної системи ( $ПК_3 + ПК_2 + ПК_1 = 9$ ), має низький рівень фізичної активності ( $ПК_4 + ПК_2 + ПК_1 = +15$ ). Процедура кількісної оцінки призупинена, оскільки сума прогностичних коефіцієнтів досягла  $Q_{\alpha-\beta}$  - показника безпомилковості оцінки рівня ризику. Розрахувавши  $R_{всд} = (ПК_1 + ПК_2 + ПК_3 + ПК_4) / Q_{\alpha-\beta}$ , одержуємо  $R_{всд} = +15/13 = +1,15$ .

Згідно з винаходом, оскільки узагальнений показник ризику  $R_{всд} > +1$ , врахувавши комплекс факторів патогенного ризику, робимо висновок: у Юрія Н., 21р.- високий рівень ризику вегетосудинної дистонії.