

Таблиця 2

Зміни деяких показників ЕКГ у жінок, хворих на гіпертонічну хворобу з клімактеричним синдромом, при лікуванні еналаприлом

| Показники | До лікування | | Після лікування | |
|---------------------------|----------------|-----------|-----------------|----------|
| | Абс. кількість | P±q,% | Абс. кількість | P±q,% |
| Синусова тахікардія | 8 | 36,3±10,2 | 5 | 22,7±8,8 |
| Екстрасистолічна аритмія: | | | | |
| передсердна | 3 | 13,6±7,1 | 2 | 9,09±6,1 |
| шлуночкова | 1 | 4,5±4,1 | — | — |

збільшенням амплітуди негативного або ізоелектричного зубця Т. Слід зазначити, що частіше позитивна динаміка реєструвалась у пацієнок з легким ступенем КС. Так, у хворих з легким ступенем КС до лікування негативний зубець Т у лівих грудних відведеннях відзначався у 33,3±13,5 % жінок, після лікування — у 8,3±7,8 % (P>0,1); у хворих з помірним ступенем відповідно в 33,3±19,1 і 16,6±15,1 % (P>0,5), при тяжкому ступені позитивної динаміки не відмічалось. Відсутність сут-

тєвої динаміки процесів реполяризації, незважаючи на зниження АТ, у жінок з тяжким ступенем КС може свідчити про наявність більш глибоких метаболічних змін у міокарді, які були обумовлені не тільки систолічним перевантаженням міокарда, пов'язаним з ГХ, а й з негативним впливом гормональної дисфункції у клімактеричному періоді.

Нейровегетативні та інші прояви КС є маніфестними ознаками дисфункції вегетативної нервової системи, значно погіршують перебіг серцево-

судинної патології, а саме ГХ, що обов'язково потрібно враховувати під час реабілітації цієї категорії хворих.

Висновки

1. У жінок, хворих на ГХ, зниження АТ при тяжкому КС відбувається при застосуванні більших доз еналаприлу, ніж при легкому ступені КС.

2. Незважаючи на зниження АТ при лікуванні еналаприлом, у більшості жінок із тяжким КС зберігаються порушення процесів реполяризації у лівих грудних відведеннях ЕКГ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Гинекологическая эндокринология. — 3-е изд. — М., 1989. — С. 396-436.
2. Маслова Н. П., Баранова Е. И., Барбанова Н. Г. Артериальная гипертония // Кардиология. — 1995. — № 1. — С. 31-37.
3. Климактерический синдром / В. П. Сметник, Н. М. Ткаченко, Г. А. Глезер и др. — М.: Медицина, 1998. — 212 с.
4. Пастухов Л. А., Шелудько В. С. Статическая обработка данных медицинских исследований. — Саратов, 1985. — 213 с.

УДК 618.1-006.6+618.2(477.85):575

О. П. Пересунько, **К. П. Ганіна**, А. І. Гоженко, Л. А. Плав'юк, Ю. С. Мозговий

КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ РОДОВОДІВ ЗДОРОВИХ ЖІНОК ТА ЙОГО РОЛЬ У ДІАГНОСТИЦІ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Буковинська державна медична академія, Чернівці,
Одеський державний медичний університет

Вступ

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та окремих її регіонах характеризується безперервним зростанням рівня захворюваності на злоякісні пухлини жіночої репродуктивної сфери (ЗПЖРС) [1, 2]. Характерно, що більше половини загального приросту захворюваності обумовлено зростанням ризику захворіти [3], який залежить від впливу зовнішніх та внутрішніх факторів. Серед останніх особ-

ливе значення має генетичний фактор [4].

Спадкова компонента, за даними Л. В. Акуленко (1992), для раку яєчників становить 54 %, для раку молочної залози — 52 % [5].

Ризик повторення аналогічного захворювання для неуражених членів сімей (матері, сестри, доньки), в яких зареєстровано захворювання на рак, становить 50 %. Тим же часом у жінок, які не мають родичів, уражених злоякісними новоутвореннями, ризик за-

хворіти становить тільки 1,5 % [6, 7].

Зниження смертності від ЗПЖРС, зменшення інвалідизації жінок неможливе без створення державної програми протиракових заходів [8], що повинна включати систему заходів генетичної профілактики раку та формування груп підвищеного ризику і диспансерного нагляду за ними. У профілактиці та діагностиці ЗПЖРС перспективним може стати виявлення генетично обтяжених щодо раку осіб.

Мета нашого дослідження — вивчення ролі генетичного фактора у формуванні груп ризику захворювання на ЗПЖРС практично здорових жінок Чернівецького регіону шляхом проведення клініко-генеалогічного аналізу їхніх родоводів.

Матеріали та методи дослідження

Здійснено клініко-генеалогічний аналіз родоводів у 513 практично здорових жінок (контрольна група) під час профілактичних медичних оглядів в жіночих консультаціях Чернівців та районах області в 1978–1997 рр. Усі жінки на час проведення оглядів не скаржилися на захворювання репродуктивної системи.

Ми заповнювали спеціально розроблені анкети та проводили об'єктивне обстеження цих жінок, що включало: гінекологічний огляд, взяття мазків, огляд молочних залоз та ультразвукове дослідження органів малого таза за показаннями.

Анкета складалася з двох частин. У першій були перераховані питання, що стосувалися пробандів — здорових жінок (контрольна група). У ній відмічені паспортні дані, перенесені захворювання, шкідливі звички, професійні та побутові шкідливості, акушерський та гінекологічний анамнез, а також захворювання, виявлені під час профілактичного огляду.

У другій частині анкети наводилися дані про родичів цих жінок I та II ступенів спорідненості. Особлива увага приділялась віку та перенесеним захворюванням кожного. Перш за все, відмічалися онкологічні захворювання та хронічна патологія.

Особливу увагу звертали на верифікацію онкологічних діагнозів у родичів, названих пробандами при опитуванні. Для цього розсилали запити в лікувальні заклади та відділи реєстрації смерті загсів.

Результати дослідження та їх обговорення

Контрольна група складалася з 513 практично здорових жінок, хворих на рак яєчників було 520 осіб, на рак ендометрія — 482. Групи добивалися за територіальним та віковим принципом.

Кожна здорова жінка, обстежена нами, мешкала в одному районі (вулиця, будинок) із хворими на рак яєчників і рак ендометрія. Вікова характеристика жінок контрольної групи (табл. 1) збігалася з аналогічною групою хворих на вищевказані злоякісні пухлини та рівнем захворюваності на рак цих локалізацій у Чернівецькій області в 1978–1998 рр. Як видно з табл. 1, найбільша кількість жінок досягла критичного віку (після 41 року), на який припадає пік захворюваності на ЗПЖРС. Цей вік жінок вважається віковим фактором ризику. У Чернівецькому регіоні різке зростання рівня захворюваності на ЗПЖРС починається після 41–45 років, зі збільшенням у кожній наступній віковій групі в 1,5–2 рази. Після 80 років рівень показників зменшується.

Викликає значний інтерес клініко-генеалогічний аналіз родоводів практично здорових жінок і результати їх об'єктивного обстеження під час профоглядів (табл. 2, рисунок).

Тільки 288 жінок (56,14 %) мали здорові сім'ї. В родовах 178 (34,7 %) жінок були виявлені злоякісні пухлини різної локалізації. Розподіл злоякісних пухлин у родичів I та II ступеня спорідненості подано в табл. 3. У 37 родовах (див. групи 2 і 3, табл. 2) у родичів були зареєстровані доброякісні новоутворення та ендокринно-метаболічні порушення. У 49 практично здорових жінок (див. групи 2, 3, 7, табл. 2) під час профогляду виявлено новоутворення, в тому числі репродуктивної сфери.

Таким чином, серед родоводів 513 здорових жінок Чер-

нівецького регіону у 178 (34,7 %) були виявлені злоякісні пухлини у родичів, причому відмічалася агрегація ЗПЖРС (раку яєчників, молочної залози, тіла матки) з раком шлунка та товстого кишечника, раком легень, лейкозом. Крім того, у родичів виявлено доброякісні новоутворення в молочній залозі, тілі матки, товстому кишечнику, щитовидній залозі.

Цілком зрозумілою стає тактика ведення 25 жінок 7-ї групи (див. табл. 2). Під час огляду у них були діагностовані фіброміоми матки, кісти яєчників, гіперплазії ендометрія, фіброаденоми молочних залоз. Враховуючи ускладнений генетичний анамнез цих жінок, неприпустимими є довготривале спостереження та консервативне лікування у них доброякісних процесів.

Виражена агрегація онкологічної патології у родичів здорових жінок Чернівецького регіону потребує поглибленого аналізу ролі генетичних факторів у розвитку ЗПЖРС. Допомогти у профілактиці та ранній діагностиці ЗПЖРС можуть організаційні заходи, перш за все, профілактичні огляди жінок із сімей, в яких були хворі зі злоякісними новоутвореннями. Ці заходи дозволять виявити гіперпластичні процеси та початкові форми ЗПЖРС. Необхідна також санітарна освіта населення, і в цьому відношенні

Таблиця 1
Вікова характеристика жінок контрольної групи, n=513

| Вік, роки | Кількість, осіб | Частка, % |
|-----------|-----------------|-----------|
| <20 | — | — |
| 20–25 | — | — |
| 26–30 | 9 | 1,75 |
| 31–35 | 19 | 3,7 |
| 36–40 | 27 | 5,26 |
| 41–45 | 72 | 14,03 |
| 46–50 | 88 | 17,15 |
| 51–55 | 97 | 18,9 |
| 56–60 | 89 | 18,9 |
| 60–69 | 96 | 18,7 |
| > 70 | 16 | 3,12 |

ідеальним було б проведення клініко-генеалогічного аналізу в кожній сім'ї.

Висновки

1. Виявлення осіб, сімейний анамнез яких ускладнений захворюваннями на рак, необхідно проводити як у групах хворих на злоякісні пухлини, так і серед контингенту здорових жінок.

2. Генетичне консультування онкологічного профілю та диспансеризація жінок із групи ризику є новим ефективним підходом до розв'язання проблеми своєчасної діагностики та профілактики раку.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Злоякісні новоутворення в Україні в 1993-1995 рр. (епідеміологія, організація онкологічної допомоги)* / З. П. Федоренко, С. В. Боднар, О. Б. Войкшнарас та ін. — К., 1996. — 103 с.

2. *Медицинские последствия Чернобыльской аварии. Результаты пилотных проектов АИ ФЕКА и собственных национальных программ: Науч. отчет* / Ред. Г. Н. Сушкевич, А. Ф. Цыб, М. N. Repacholi, PhD, R. F. Mould, M. Se. PhD. — Женева: ВОЗ, 1995. — 560 с.

3. *Войкшнарас О. Б.* Распространенность злокачественных новообразований гениталий в женской популяции

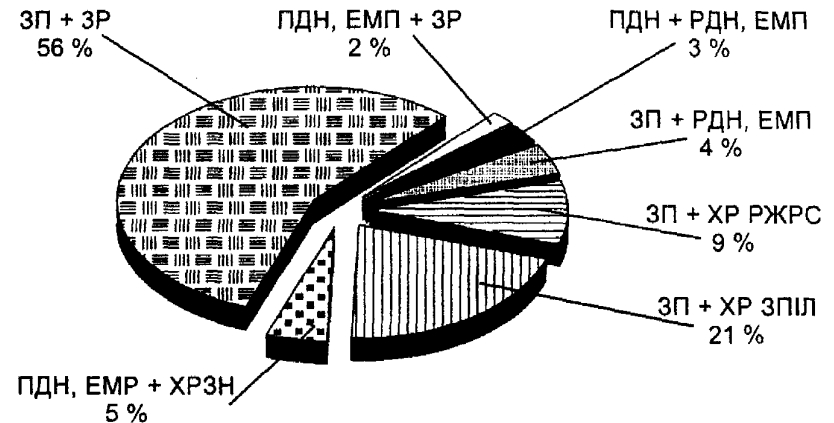


Рисунок. Розподіл доброякісних і злоякісних пухлин у родовадах 513 практично здорових жінок Чернівецького регіону

Украины // I съезд онкологов стран СНГ, декабрь 1996: Матер. съезда. — М., 1996. — Ч. 1. — С. 28.

4. *Ганина К. П.* Роль генетического компонента в онкологии // Цитология и генетика. — 1993. — Т. 27, № 4. — С. 95-104.

5. *Современное состояние и перспективы генетического консультирования и диспансеризации групп риска при злокачественных новообразованиях женской репродуктивной системы и молочной железы* / Л. В. Акуленко., Р. Ф. Гарькавцева, К. И. Жордания, А. А. Самгина // Там же. — 1992. — Т. 26, № 1. — С. 38-42.

6. *Генетические подходы к ранней диагностике и профилактике злока-*

чественных новообразований / Р. Ф. Гарькавцева, Т. П. Казибеская, Г. К. Харкевич, Л. Н. Любченко // Рак в Україні: епідеміологічні та організаційні аспекти проблеми: Матер. наук.-практ. конференції. — К., 1997. — С. 134-136.

7. *Genetic linkage analysis in familial breast and ovarian cancer* / D. F. Easton, D. T. Bishop, D. Ford, Gp. Crockford // Am. J. Hum. Genet. — 1993. — 52 (4). — P. 678-701.

8. *Шалімов С.О., Федоренко З. П.* Про стан протиракової боротьби в Україні та пропозиції по її покращанню // Рак в Україні: епідеміологічні та організаційні аспекти проблеми: Матер. наук.-практ. конф. — К., 1997. — С. 3-5.

Таблиця 3

Розподіл злоякісних пухлин у родичів I та II ступеня спорідненості практично здорових жінок

| Родичі родичів | Кількість | Злоякісні пухлини | | Локалізація та кількість злоякісних пухлин | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------------|------|--|-----|-----|----|----|-----|-----|----|-----|----|------|---|
| | | абс. | % | РМЗ | РТМ | РШМ | РЯ | РШ | РТК | РПр | Л | РСМ | РЛ | Інші | |
| Матері | 513 | 24 | 4,68 | 6 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | — | — | 1 | 2 | 2 | |
| Батьки | 508 | 16 | 3,15 | — | — | — | — | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | |
| Сестри | 718 | 20 | 2,78 | 5 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | — | — | — | 1 | 4 | |
| Брати | 759 | 21 | 2,76 | — | — | — | — | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| Діти | 931 | 2 | 0,21 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | |
| Усього: I ступінь спорідненості | 3429 | 83 | 2,57 | 11 | 4 | 3 | 6 | 16 | 12 | 3 | 4 | 4 | 9 | 11 | |
| Мати | тітки | 1008 | 20 | 1,98 | 3 | 2 | — | 5 | 4 | 2 | — | — | 1 | 1 | 2 |
| | дядьки | 984 | 10 | 1,02 | — | — | — | — | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Батько | тітки | 691 | 14 | 2,05 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | — | 2 | 1 | — | |
| | дядьки | 854 | 9 | 1,05 | — | — | — | — | 3 | 2 | 1 | — | — | 1 | 3 |
| Мати | бабуся | 385 | 17 | 4,41 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | — | 1 | 2 | 1 | 2 |
| | дідусь | 384 | 7 | 1,82 | — | — | — | — | 2 | 1 | 1 | — | 2 | 1 | |
| Батько | бабуся | 412 | 11 | 2,67 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | — | 1 | — | — | 2 |
| | дідусь | 421 | 7 | 1,66 | — | — | — | — | 1 | 3 | — | 2 | 1 | 1 | — |
| Усього: II ступінь спорідненості | 5139 | 95 | 1,85 | 10 | 6 | 4 | 9 | 18 | 14 | 3 | 6 | 6 | 8 | 12 | |
| Усього | 8568 | 178 | 2,07 | 21 | 10 | 7 | 15 | 34 | 26 | 6 | 10 | 9 | 17 | 23 | |

Примітка. Пояснення скорочень в табл. 2.