

## РІЗНІ ПРОБЛЕМИ КАРДІОЛОГІЇ

### Немедикаментозна превенція кардіоваскулярної патології у студентів-першокурсників університету

**О.В. Зеленюк, Г.В. Бикова, В.В. Чекмарьова**

*Таврійський національний університет  
імені В.І. Вернадського, Київ  
Національна академія внутрішніх справ, Київ  
Київський університет імені Бориса Грінченка*

Проблема збереження та зміцнення індивідуального здоров'я студентської молоді у вишах України з кожним навчальним роком викликає обґрунтоване занепокоєння фахівців із фізичного виховання, які володіють немедикаментозними засобами і методами підвищення резервних можливостей організму шляхом систематичного використання фізичних вправ у форматі формування у студентів кардіопротективного способу життя.

У сучасних соціально-економічних умовах навчання у вишах пов'язане зі значними інтелектуальним та емоційним збудженням, але, на превеликий жаль, рідко – фізичними напруженнями, що вимагає від студентів високого рівня соматичного та психічного здоров'я.

**Мета** – обґрунтувати доцільність немедикаментозної профілактики кардіоваскулярної патології студентів на засадах сповідування здоров'язбережувальної життєвої поведінки.

**Результати.** Функціональна адаптація першокурсників до нових умов життя і навчання значною мірою залежить саме від стану соматичного здоров'я (найважливішого показника соціо-біологічного добробуту особистості), яким можна цілеспрямовано керувати у напрямку його зміцнення та покращення засобами фізичної культури і спорту.

Наголосимо, що за матеріалами літератури від 20 до 30 % студентів мають довідки про зарахування за станом здоров'я до спеціального медичного відділення для практичних занять фізичним вихованням або, взагалі, звільнення від фізичних навантажень. У зв'язку з цим, турбота студента про власне тілесне здоров'я стає найвищим мотиваційним стимулом щодо його самовдосконалення шляхом усвідомлення власної відповідальності за фізичний стан і постійне прагнення підвищити рівень адаптаційних можливостей організму до дії несприятливих факторів довкілля. Сьогоднішні реалії студентського життя свідчать, що пересічний першокурсник недооцінює важливість превенції соматичних захворювань, у якій головну роль відіграє життєва поведінка без шкідливих звичок, тобто раціональний режим роботи, відпочинку, харчування, фізичних навантажень тощо.

Спираючись на наш багаторічний педагогічний досвід роботи у вишах України, було виокремлено низку існуючих у сучасному студентському середовищі життєвих пріоритетів, що пов'язані зі способом життя і розумінням можливості власними зусиллями досяга-

ти тілесної досконалості та вершин саморозвитку особистості засобами фізичної культури і спорту. На цьому інформаційному тлі було розроблено пакет основних ціннісно-мотиваційних орієнтацій студентів-першокурсників.

Апробований нами алгоритм технології формування здоров'язбережувальної життєвої поведінки як складової гуманітарної освіти студентів складався із таких дій викладача і реципієнта: інформаційно-мотиваційне обґрунтування корисності занять фізичними вправами з метою профілактики та лікування соматичних захворювань; навчання експрес-оцінюванню рівня індивідуального здоров'я та визначення наявних факторів ризику; оволодіння методикою самостійного застосування фізичних вправ із метою підвищення функціональних адаптаційних можливостей організму.

**Висновки.** Немедикаментозна превенція кардіоваскулярної патології на засадах сповідування здоров'язбережувальної життєвої поведінки є методично простим і доступним засобом успішної адаптації студентів-першокурсників до університетського навчання та збереження і зміцнення здоров'я.

### Стан первинної інвалідності при хворобах системи кровообігу

**А.В. Іпатов, О.М. Лисунець, І.Я. Ханюкова,  
Н.М. Бірець, Ю.В. Ткаченко**

*ДУ «Український державний науково-дослідний інститут  
медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро*

У 2017 р., як і в останні десятиліття, хвороби системи кровообігу продовжують грати ведучу роль у формуванні загального контингенту осіб з інвалідністю в Україні і займати перше місце в структурі причин первинної інвалідності серед дорослого населення. У 2016 і 2017 роках реєструється поступове підвищення питомої ваги первинної інвалідності населення внаслідок хвороб системи кровообігу. Так, в структурі первинної інвалідності дорослого і працездатного населення нашої країни за формами захворювань хвороби системи кровообігу становили у 2016 р. – 22,5 і 19,8 % відповідно; у 2017 р. їх питома вага підвищилась і досягла 22,9 % серед дорослого і 20,1 % – серед працездатного населення.

В класі хвороб системи кровообігу продовжує превалювати і має тенденцію до збільшення первинна інвалідність внаслідок цереброваскулярної патології (ЦВХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС). Так, питома вага первинної інвалідності внаслідок ЦВХ у 2017 р. становила 9,8 % серед дорослого населення (в 2016 р. – 9,5 %) і 8,3 % – серед працездатного (в 2016 р. – 8,1 %) та ІХС – 7,9 % (в 2016 р. – 7,8 %) серед дорослого населення та 7,4 % (7,3 % в 2016 р.) – серед працездатного. У 2017 р. відбулися коливання первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кро-

вообігу в бік збільшення з 9,6 до 9,8 випадків на 10 тис. дорослого населення в порівнянні з 2016 р., і підвищились показники з 9,6 до 9,8 випадків на 10 тис. серед населення працездатного віку.

Аналіз структури первинної інвалідності осіб працездатного віку внаслідок хвороб системи кровообігу в розрізі областей України на 10 тис. показав, що у 2017 р. порівняно з середніми показниками на 10 тис. населення (9,8) продовжують реєструватися підвищені показники у Львівській області – 13,9 (14,2 – в 2016 р.). Незначне підвищення показників в 2017 р. реєструється у Вінницькій (12,4), Запорізькій (11,4), Полтавській та Чернівецькій (11,0) областях.

Показники первинної інвалідності внаслідок гострої ревматичної гарячки та хронічної ревматичної хвороби серця в структурі первинної інвалідності як дорослого, так і працездатного населення по всіх регіонах залишаються без змін (0,3 %). Серед адміністративних територій найвищі показники в 2017 р. на 10 тис. працездатного населення реєструються в Вінницькій, Житомирській і Чернівецькій областях. При цьому, по цих регіонах також відзначалося суттєве зниження показників за останні роки.

В 2017 році, як і в 2016, зберігається підвищення на 33,3 % відповідно до попередніх років показників первинної інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби як серед дорослого, так і серед працездатного населення. Найвищі показники первинної інвалідності на 10 тис. населення у працездатному віці внаслідок гіпертонічної хвороби в 2017 р. реєструються в Одеській (1,6), Черкаській (1,2), Полтавській, Житомирській та Вінницькій (1,1) областях при середньому показнику 0,4.

Питома вага ІХС в структурі первинної інвалідності дорослого населення зменшилася з 8,5 % в 2011 р. до 7,9 % – в 2017 р.; серед населення працездатного віку позитивної динаміки не реєструється (7,3 % – у 2011 р. і 7,4 % – у 2017 р.). У працездатному віці інвалідність внаслідок ІХС в 2017 р. продовжує перевищувати середні показники в Чернівецькій (5,6) і Львівській (6,0) областях при середньому показнику 3,6 на 10 тис. населення.

Таким чином, хвороби системи кровообігу в 2017 р. продовжують, як і в останні десятиліття, займати перше місце в структурі причин первинної інвалідності серед дорослого населення України і друге – серед працездатного на тлі підвищення питомої ваги зл�якісних новоутворень.

## Використання міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в практиці медико-соціальної експертизи

**А.В. Іпатов І.Я. Ханюкова**

*ДУ «Український науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро*

**Мета** – визначити можливість використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я при проведенні медико-соціальної експертизи.

**Результати.** Конвенція про права інвалідів, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13.12.2006 р. та підписана Україною в 16.12.2009 р. встановлює міжнародні зобов'язання держав-учасників в області реабілітації осіб з інвалідністю, що передбачають здійснення заходів з надання особам з інвалідністю можливостей для досягнення і збереження максимальної незалежності, реалізації фізичних, розумових можливостей шляхом організації, зміцнення і розширення комплексних реабілітаційних послуг і програм. Організаційне та інституційне вдосконалення систем медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю є одним з основних напрямків державних програм. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), прийнята Всесвітньою Організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в 2001 р., покликана забезпечити уніфікацію і визначення рамок для оцінки показників здоров'я і показників, пов'язаних зі здоров'ям. МКФ пішла від класифікації наслідків хвороби, щоб стати класифікацією здоров'я і факторів, пов'язаних зі здоров'ям. МКФ охоплює такі компоненти: функції організму, структури організму, активність (виконання завдань або дій) і участь (залучення в життєву ситуацію) індивідуума, фактори довкілля і особистісні фактори. Застосування передбаченої МКФ класифікації функцій і структур організму, активності і участі, в тому числі за ступенем виразності, а також факторів довкілля, дозволить з високим ступенем достовірності та об'єктивності оцінювати функціональне здоров'я індивіда з біологічної, психологічної та соціальної точок зору і визначати його потреби в різних видах соціального захисту, включаючи реабілітацію. Крім того, з урахуванням положень МКФ передбачається законодавчо і нормативно визначити рамки для опису зазначених показників «універсальною» мовою – у вигляді системи буквених кодів, що забезпечить ідентифікацію переважних видів обмежень життєдіяльності в осіб з інвалідністю, доступності фізичного та інформаційного оточення з метою усунення індивідуальних бар'єрів службами, відомствами та іншими організаціями незалежно від організаційно-правових форм і форм власності.

**Висновки.** Застосування МКФ забезпечує єдину міжнародну мову для характеристики здоров'я та показників, з ним пов'язаних. Це дуже важливо і вкрай актуально для України саме зараз, коли йдуть активні процеси інтеграції країни до Європейської спільноти. МКФ це важливий інструмент оцінки інвалідності в усіх аспектах – погіршення на рівні органа і організму, обмеження активності (індивідуальна сторона функціонування) і можливості участі (соціальна сторона функціонування). МКФ забезпечує концептуальну модель і є інструментом для оцінки соціального середовища, її застосування забезпечує не тільки оцінку потреби в реабілітаційних заходах, а й для оцінки ефективності реабілітаційних заходів, що вже проведені. Впровадження МКФ до практики медико-соціальної експертизи дозволить повністю перейти до соціальної моделі інвалідності, сприятиме об'єктивізації як процесу медико-соціальної експертизи, так і реабілітації осіб з інвалідністю з подальшою оцінкою ефективності

реабілітаційних заходів. МКФ надає можливість використовувати єдину систему характеристики здоров'я і показників, які пов'язані з ним, що забезпечить повну відповідність національної системи медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів європейському рівню та можливість адекватної оцінки українських та європейських статистичних показників інвалідності.

## Нейропсихологічна складова реабілітаційного потенціалу хворих на ішемічну хворобу серця

**А.Г. Кириченко, І.Г. Башта, О.В. Пригорнєва, С.В. Черніловська**

*Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини*

Когнітивні та психоемоційні порушення є розповсюдженими синдромами у неврологічній або психіатричній практиці, які досить часто супроводжують гостру й хронічну серцеву патологію. Однак у більшості випадків вони не є грубими й не викликають соціальної дезадаптації, але від ступеня їх проявів залежить відношення хворого до засобів відновлення і профілактики обмеження життєдіяльності. Тому оцінка початкового рівня функціонального стану нервової та психічної систем у хворих на ІХС для визначення реабілітаційного потенціалу є актуальною проблемою сьогодення.

**Мета** – визначення нейропсихологічної складової реабілітаційного потенціалу (РП) хворих на ішемічну хворобу серця з обмеженням життєдіяльності для інтенсифікації реабілітації.

**Матеріал і методи.** Дослідження проведено в неврологічній клініці Дніпровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини. Обстежено 180 хворих на ІХС, 38–60 років (середній вік –  $(46,2 \pm 12,4)$  року). Критерієм включення хворих у дослідження була наявність перенесеного в анамнезі інфаркту міокарда або кардіосклерозу атеросклеротичного, вік до 60 років (включно), які визнані інвалідами. Критеріями виключення з дослідження служили наявність важких соматичних або неврологічних розладів у стадії декомпенсації.

Всім хворим проводилося стандартизоване неврологічне обстеження. Когнітивну та емоційну діяльність досліджували за допомогою стандартних методик нейропсихологічного тестування. Отримані результати оброблені.

**Результати.** В групі хворих з перенесеним QIM діагностовано початкові прояви хронічної ЦВХ у 67 хворих (42 %), у групі з перенесеним non-QIM – у 49 пацієнтів (31 %). При нейропсихологічному дослідженні визначено інтелектуально-мнестичне зниження легкого ступеня (початкові прояви): порушення уваги та інтелекту (165 осіб), зниження здібностей до вирішення проблем та мислення (74), вербальні порушення (55), мнестичні непрофесійні (97), зниження загальної психічної працездатності (74), порушення стійкості (46), стомлення (89).

Отримані результати виявили, що для пацієнтів групи з перенесеним non-QIM характерні такі порушення: органічний розвиток особистості, порушення механізмів інтрапсихічної адаптації й заперечення психологічних проблем. Для хворих з перенесеним QIM головними є психологічні механізми витиснення й усунення тривоги за рахунок соматизації й формування демонстративної поведінки, а також психологічних механізмів захисту у вигляді заперечення серйозності захворювання. Недостатність компенсаторних механізмів витиснення й придушення призводять до зниження концентрації уваги, а також інтелектуальних здібностей.

Для пацієнтів групи з перенесеним QIM серед дезадаптивних типів більш характерний інтрапсихічний. Хворі з таким типом відношення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях проявляють дезадаптивну поведінку, яка приводить до порушення їх соціального функціонування. При цьому найбільш поширений сенситивний тип. Для таких пацієнтів характерні рефлексивний стиль мислення, орієнтація на оцінку оточуючих. У зв'язку з цим суттєвим стає не самі хворобливі прояви чи неприємні відчуття внаслідок захворювання, а реакція на інформацію.

Для пацієнтів групи з перенесеним non-QIM серед дезадаптивних типів більш характерний інтрапсихічний тип з більш частим проявом у різних сполученнях тривожного та неврастенічного типу відношення до хвороби. Тривожні пацієнти постійно проявляють неспокій відносно небажаного пливу захворювання. Тривога частіше усього направлена на майбутнє та визначається частіше фобіями, що хвороба надовго і суттєво змінить стереотип життя. Неврастенічний тип поведінки йде по типу «дратівливої слабкості», яка охоплює як фізичні явища, так і відношення оточуючих. Такі пацієнти відрізнялись нетерплячістю, важкістю перенесення больових відчуттів.

**Висновки.** Психологічні особливості особистості (особистісні особливості, рівень тривожності й депресивних проявів, тип відношення до хвороби) обумовлювали позитивне або негативне відношення TON TrVari|й| та абілітаційних заходів і можливість досягнення ефективного взаємовідношення між лікарем та пацієнтом. Нейропсихологічні обстеження та допомога таким хворим обов'язково повинні проводитися при розробці та виконанні реабілітаційних програм, що базуються на сучасних підходах до реабілітації хворих з серцево-судинними захворюваннями.

## Досвід використання спекл-трекінг ехокардіографії в щоденній клінічній практиці

**М.Ю. Колесник**

*Запорізький державний медичний університет  
Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»,  
Запоріжжя*

Спільні рекомендації Європейської асоціації кардіоваскулярної візуалізації та Американського това-

риства ехокардіографії з оцінки камер серця 2015 року пропонують використовувати поряд із традиційними показниками систолічної функції лівого та правого шлуночків методику спекл-трекінг ехокардіографії. Глобальний поздовжній стрейн лівого шлуночка є найбільш дослідженим показником цієї нової технології, що має високу чутливість при різних кардіоваскулярних захворюваннях.

**Мета** – оцінка можливості імплементації глобального поздовжнього стрейна лівого шлуночка в стандартне ультразвукове дослідження серця та визначення його інформативності в реальній клінічній практиці.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано 428 ехокардіографічних досліджень серця у пацієнтів, що звернулися з різних причин для проведення обстеження до навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету. Ехокардіоскопію проведено на ультразвуковому сканері Vivid E9 XDclear (GE, США) із використанням матричного фазованого датчика M5Sc. Стандартне дослідження проводили за європейськими рекомендаціями з оцінки камер серця 2015 року. Для визначення глобального поздовжнього стрейну ЛШ використовували програму «AFI», інтегровану до ультразвукового сканеру.

**Результати.** Визначення глобального поздовжнього стрейну лівого шлуночка проведено у 86 % пацієнтів. Основними факторами, що унеможливили використання спекл-трекінг ехокардіографії у решти осіб, стали наявність фібриляції передсердь (5 % випадків) та неадекватна візуалізація ехоструктур серця (9 % випадків). Середня тривалість розрахунку глобального поздовжнього стрейну лівого шлуночка була 2 хвилини, що суттєво не впливало на загальну тривалість ехокардіографічного дослідження. Найбільшу інформативність показник продемонстрував у пацієнтів з гіпертензивним ураженням міокарда, цукровим діабетом 1-го та 2-го типу, гіпертрофічною кардіоміопатією та аортальним стенозом. При вказаних патологічних станах спостерігалася невідповідність між нормальними значеннями фракції викиду лівого шлуночка та патологічним зниженням глобального поздовжнього стрейну. У 2 % хворих було проведено динамічне визначення показника на фоні проведення хіміотерапії раку молочної залози, що дозволило діагностувати ранні прояви кардіотоксичності. У 3 % пацієнтів з попереднім діагнозом «гострий коронарний синдром без підйому сегмента ST» з нормальним результатом стандартної ехокардіографії встановити порушення систолічної функції лівого шлуночка вдалося тільки за допомогою спекл-трекінг ехокардіографії.

**Висновки.** Впровадження методики спекл-трекінг ехокардіографії, а саме визначення глобального поздовжнього стрейну лівого шлуночка при проведенні стандартного ультразвукового дослідження серця, є технічно можливим у переважній більшості пацієнтів та суттєво не подовжує час дослідження. Глобальний поздовжній стрейн лівого шлуночка є більш чутливим маркером систолічної дисфункції, ніж фракція викиду при цілому ряді патологічних станів.

## Стан поширеності факторів ризику серцево-судинних подій серед жителів Тернопільської і Київської областей та шляхи їх модифікації

Л.В. Левицька, У.А. Дмитерко

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

Швидке і ефективне покращення медико-демографічної ситуації в нашій країні можливе лише за умови впливу на основні фактори ризику серцево-судинних подій (ССП), оскільки, за даними дослідження INTERHEART, дев'ять традиційних чинників ризику більше ніж у 90 % випадків пов'язані з розвитком інфаркту міокарда.

**Мета** – оцінка та порівняння поширеності основних факторів ризику серцево-судинних подій та їх вплив на рівні кардіоваскулярного здоров'я (КВЗ).

**Матеріал і методи.** Проведено анкетування дорослих жителів Тернопільської та Київської областей за допомогою розробленого нами оригінального експрес-опитувальника «Здорове серце України», який містить запитання щодо основних факторів ризику ССП: тютюнопаління, надлишкова вага, артеріальна гіпертензія (АГ), нездорове харчування, гіподинамія, дисліпідемія, цукровий діабет. Експрес-опитувальник включає усі критерії шкали «Life's Simple 7» Американської асоціації кардіологів, що дозволяє визначити рівень КВЗ та диференціювати його на високий, середній та низький.

**Результати.** Опитано 394 особи, серед них 191 житель Тернопільської області і 203 Київської, у яких не було зареєстрованих серцево-судинних захворювань. Середній вік тернополян становив  $(45,78 \pm 13,61)$  року, із них жінок було 91 (47,65 %), чоловіків – 100 (52,35 %); тоді як середній вік киян –  $(46,54 \pm 16,62)$  року, із них жінок – 113 (55,66 %), чоловіків – 90 (44,34 %). Підвищений артеріальний тиск виявлено у 72 (37,69 %) тернополян та 79 (38,91 %) киян, (показник по Україні – 36,3 %). Достовірно вищим показник поширеності тютюнопаління був у Київській області – 31,52 %, ніж в Тернопільській – 19,89 % ( $p < 0,05$ ), а в Україні – 18,4 %. Серед опитаних в стані гіподинамії перебувало 155 жителів Тернопільської області (81,15 %) та 136 (67,0 %) мешканців Київської. Поширеність надлишкової ваги та ожиріння в середньому по Україні становить 60,5 %, серед тернополян та киян вона дещо нижча, – відповідно 57,06 та 54,18 %. В умовах хронічного побутового або соціального стресу перебуває близько 80,0 % анкетованих в обох областях. Високий рівень КВЗ виявлено у 6,28 % тернополян та 2,95 % киян, середній рівень – відповідно у 80,1 % та у 71,42 % і низький – у 13,61 % і у 25,61 %. У киян з високим рівнем КВЗ найчастішим фактором ризику були нездорове харчування, у тернополян – гіподинамія, а при середньому рівні КВЗ найчастішими факторами ризику у Київській області були надлишкова вага – 62,5 %, куріння – 31,94 %, АГ – 26,38 % та нездорове харчування – 58,3 %, в той час як в

Тернопільській: надлишкова вага – 57,14 %, АГ – 29,87 % та гіподинамія – 53,24 %. Мешканці обох областей з низьким рівнем КВЗ не мали достовірних відмінностей у виявлених факторах ризику. Найбільш поширені фактори ризику ССП для обох областей були надлишкова вага і нездорове харчування, що може бути пов'язане з регулярним споживанням жителями Тернопільської області картоплі (90,6 % опитаних) та солодощів (56,02 %), а жителями Київської – жирних молочних продуктів (72,41 %) та напівфабрикатів (25,12 %)( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** 1. В цілому частота та структура факторів ризику серцево-судинних подій та рівень кардіоваскулярного здоров'я серед жителів Тернопільської та Київської областей не відрізнялися між собою та показниками по Україні. 2. В раціоні жителів обох областей переважали продукти «нездорового харчування», тому для модифікації факторів ризику ССП необхідно рекомендувати зміну раціону з достатнім вживанням фруктів, овочів, цільнозернових продуктів, горіхів та обмеженням вживання солодощів, напівфабрикатів, легкозасвоюваних вуглеводів. Для жителів Київської області особливо ефективними повинні стати програми по боротьбі з курінням.

### Стан медико-соціальної експертизи та реабілітації при природжених вадах розвитку клапанного апарату серця та пролапсу мітрального клапана

**О.М. Лисунець, І.Я. Ханюкова, Ю.В. Ткаченко, Н.П. Аносова, І.М. Зубко**

*ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро*

**Мета** – надати епідеміологічну характеристику інвалідності, оцінити стан медико-соціальної експертизи та реабілітації при природжених вадах розвитку клапанного апарату серця та пролапсу мітрального клапана (ПМК) з урахуванням сучасних можливостей контролю за перебігом захворювання.

**Матеріал і методи.** Для вирішення поставлених завдань проводився документальний облік за спеціально розробленою картою вибірки даних з медико-експертних справ та медичної документації 195 хворих з природженими клапанними вадами серця та ПМК, клініко-функціональне обстеження 127 хворих в клініці інституту, дані анкетних опитувань осіб з інвалідністю. В роботі застосовані також дані по інвалідності цієї категорії пацієнтів з 24 обласних центрів медико-соціальної експертизи, центральної міської медико-соціальної експертної комісії м. Києва.

**Результати.** За даними МСЕК України, у 2017 р. хворі з природженими вадами серця (ПВС), які пройшли огляд і були визнані особами з інвалідністю, становили 1,2 на 10 тис. населення, з них хворі з природженими вадами розвитку клапанного апарату серця та пролапсу мітрального клапана становлять 36 %, тобто 0,43 на 10 тис. населення. Розподіл хворих за групами інвалідності такий: II гр. – 23,3 %; III гр. – 69,8 %;

не визначено інвалідності у 6,9 %. Відзначається тенденція до збільшення первинної інвалідності при природжених клапанних вадах серця серед усіх звернень пацієнтів з цією патологією: у 2010 р. – в 90,5 % випадків, у 2017 р. – в 93,5 %. Розподіл хворих з первинною інвалідністю у 2017 р. за анатомічними видами природжених вад становить: вади аортального клапана – 60,7 %; природжений стеноз легеневої артерії – 19,6 %; природжені вади мітрального клапана та пролапс МК – 8,9 %; вади тристулкового клапана – 10,8 %. Показники інвалідності внаслідок природжених клапанних вад серця мають помітні коливання в різних регіонах при однаковій поширеності патології (від 8,4 % в Харківській області до 1 % в Херсонській). Жителів міста було – 65,3 %, села – 34,7 %. Чоловіків – 53 %, жінок – 47 %. Рівень освіти: 66 % – середня освіта, 34 % – вища, отримують освіту в теперішній час – 5 %. Супутні стани, що погіршують прогноз: порушення фізичного, психомоторного розвитку, захворювання органів дихання, анемії, гіпотрофія, деформації грудної клітини і хребта та ін. серед вперше визнаних осіб з інвалідністю з клапанними вадами серця і ПМК мали місце у 67,4 % випадків обстежених пацієнтів.

Аналіз індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю молодого віку показав, що вони складаються без формування об'єктивно досяжної мети в сучасних соціальних умовах, організації дії, оцінки і аналізу результатів. В 100 % випадків була відсутня фізична реабілітація, у 69,3 % – професійна. Відсутні навчальні матеріали, освітні програми для підлітків з ПВС в процесі переходу до дорослого життя, висвітлення бар'єрів, які можуть існувати, спеціальних знань для їх подолання.

**Висновки.** Визначено, що схеми ведення пацієнтів з ПВС до кардіохірургічного втручання і в стаціонарі є достатньо відпрацьованими, однак в подальшому реабілітаційна і медико-соціальна допомога вимагає серйозного перегляду, як в цілому, так і по окремих складових.

### Застосування методу інтерактивного навчання для хворих ішемічною хворобою серця на етапі реабілітації та відновного лікування при школі-клубі «Здорове серце»

**Р.В. Нестерак**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

Однією із важливих складових на етапі реабілітації та відновного лікування, поряд із психологічною допомогою, є навчання пацієнтів та залучення їх до участі у спеціальних школах-клубах для кардіологічних хворих. Відвідування та участь хворих у школах-клубах сприяє комплексній підтримці та супроводу пацієнту у медичному та психологічному напрямках, підвищенню інформованості хворих про серцево-судинні захворювання, психологічну компоненту захворювань, що

призводить до покращення реабілітації та відновного лікування таких хворих.

**Мета** – застосування методу інтерактивного навчання шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я у хворих на ішемічну хворобу серця на етапі реабілітації та відновного лікування при відвідуванні школи-клубу «Здорове серце».

**Методи.** Клінічні дані, об'єктивні дані, використання госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), інструментальні, програма психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я.

**Результати.** З метою покращення реабілітації та відновного лікування хворих після перенесеного гострого коронарного синдрому нами створена авторська програма психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ) у школі-клубі «Здорове серце».

Процедура участі пацієнтів у програмі реабілітації через оптимізацію ВКЗ відбувається таким чином: усім хворим реабілітаційного відділення рекомендувалось відвідати школу-клуб «Здорове серце» та взяти участь у програмі психологічної реабілітації. Співпраця з пацієнтом відбувалась такими чином: вступна бесіда, з'ясування мотивації участі у програмі; робота в обраній програмі оптимізації ВКЗ (5 занять по 60 хвилин) та індивідуальне психологічне консультування (60 хвилин) на запит окремих досліджуваних); пост-діагностичний етап. Основна робота з учасниками кожної з програм здійснюється у формі консультування.

Заняття побудовані із урахуванням компонентів внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ), кожна компонента розглядалась на окремому занятті. Заняття циклічні, групи відкриті, кожен хворий міг приєднатися до групи у процесі її діяльності, не втрачаючи логіки навчання.

Нами проаналізовано кожну компоненту ВКЗ, у групі хворих, які пройшли програми психологічної реабілітації через оптимізації внутрішньої картини здоров'я, відзначали покращення протікання основного захворювання, зокрема зменшення частоти та інтенсивності нападів стенокардії, покращення толерантності до навантаження шляхом збільшення пройденої відстані за даними тесту з 6-хвилиною ходюю, зміна динаміки показників варіабельності ритму серця за даними холтерівського моніторингу ЕКГ.

**Висновки.** Застосування методу інтерактивного навчання шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я є ефективним у хворих на ішемічну хворобу серця на етапі реабілітації та відновного лікування. Участь хворих у школах-клубах сприяє покращенню стану, більш глибокому розумінню можливих причин та симптомів захворювання, підвищенню мотивації та прихильності до лікування.

## Інноваційні підходи до виконання національної програми «Фізична активність, здоровий спосіб життя – здоров'я нації» у вищих навчальних закладах України

Г.В. Охромій, С.В. Аніскевич, А.Є. Жданкін

ДВНЗУ «Український державний хіміко-технологічний університет», Дніпро

Відповідно до офіційних статистичних даних загальний стан здоров'я та рівень фізичного розвитку населення, зокрема молоді, як в Україні, так і в інших країнах світу у сучасних умовах із кожним роком стрімко погіршується. Дефіцит рухової активності і стреси в умовах розвитку суспільства є найважливішими причинами негативних змін в стані здоров'я населення. Проте, не зважаючи на великий внесок у дослідження проблеми сучасного рівня здоров'я населення, лише невелика кількість досліджень пов'язана із впливом економічного стану країни на показники рівня фізичного розвитку населення та загального здоров'я нації.

**Мета** – науково обґрунтувати та розробити рекомендації до виконання національної програми «Фізична активність, здоровий спосіб життя – здоров'я нації» у вищих навчальних закладах України.

**Матеріал і методи.** Методи системного підходу, статистичний метод та метод соціологічного аналізу. Досліджено структуру захворюваності, медичних протипоказань до фізичних навантажень, термінів поновлення занять вправами фізичної реабілітації.

**Результати.** На основі аналізу рівня захворюваності студентів вищих навчальних закладів протягом 2017–2018 навчального року зібрані відповідні статистичні дані. Викладачами і лікарями відзначаються факти невідповідності вікових показників стану здоров'я та фізичної підготовки студентів. Екстенсивний показник пріоритетних захворювань студентів на початок 2017–2018 навчального року такий:

- Опорно-руховий апарат – 40,68 %;
- Міопія – 5 %;
- Серцево-судинні захворювання – 13,65 %;
- Бронхіальна астма – 5,36 %;
- Вегето-судинна дистонія – 26,90 %;
- Жовчнокам'яна хвороба – 7,58 %;
- Хронічний пієлонефрит – 1,20 %.

Проаналізувавши дані з дослідження структури захворюваності, медичні протипоказання до фізичних навантажень, терміни поновлення занять вправами реабілітації, ми розробили науково-методичне обґрунтування побудови програми фізичного виховання в спеціальних медичних групах, у яких враховані інноваційні технології для використання вправ фізичної реабілітації та практична робота з застосування нововведення, корекції, відстеження результатів експери-

ментальної роботи, самоаналіз діяльності. Нами отримано авторське право на технологію індивідуального підбору дозованих навантажень для різних груп населення.

**Висновки.** Розробка сучасних оздоровчо-профілактичних програм і технологій здорового способу життя, які сприятимуть зміцненню й підтримці здоров'я студентів та ліквідації бар'єрів, що перешкоджають використанню потенційних можливостей організму, є найважливішим завданням сучасної фізкультурно-оздоровчої освіти студентів спеціальних медичних груп. Визначено, що впровадження тестів фізичного виховання в спеціальних медичних групах (СМГ) потрібне за умов якісного проведення поглибленого медичного огляду студентів; вивчення рівня реакції організму кожного з них на певне фізичне навантаження; використання рухових тестів не для визначення навчальної оцінки студента, а як «інструмента» спільної діяльності викладача та студентів у підвищенні рівня їхнього оздоровчого спрямування; систематичний контроль із боку викладача за станом здоров'я студентів.

## Особливості перебігу тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями

**О.Ю. Поліщук**

*ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»,  
Чернівці*

Епідеміологічні дані останніх десятиліть свідчать про високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення. Афективні розлади найбільш часто спостерігають у хворих на серцево-судинні захворювання (ССЗ), поширеність тривожно-депресивних розладів у хворих на ССЗ за даними різних авторів варіює від 10 до 60 %. **Мета** – вивчення особливостей перебігу тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із органічними захворюваннями серцево-судинної системи.

**Матеріал і методи.** Було обстежено 65 хворих, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері. Спектр ССЗ був представлений стабільною стенокардією II–IV функціонального класу, післяінфарктним кардіосклерозом та есенціальною артеріальною гіпертензією, у всіх пацієнтів спостерігались порушення ритму серця у вигляді екстрасистолії різних градацій за класифікацією В. Lowp. Діагноз тривожного та депресивного розладу верифікували на підставі даних анамнезу, об'єктивних методів обстеження хворих, результатів психодіагностичного дослідження, яке виконувалося на підставі уніфікованого клінічного протоколу, затвердженого МОЗ України. Для підтвердження та оцінки тяжкості депресії та тривоги використовувалися опитувальники: шкала тривоги

та депресії (HADS), шкала PHQ-9, шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера – Ханіна. Статистична обробка: перевірку закону розподілу досліджуваних ознак на нормальність проводили за допомогою критерію Колмогорова – Смірнова, для їх порівняння використовували критерій Уїлкоксона – Манна – Уїтні, а для оцінки наявності кореляційного зв'язку між ознаками застосовували кореляційний аналіз Спірмена.

**Результати.** За нозологічними формами захворювань розподіл респондентів був такий: найбільша частка представлена пацієнтами зі змішаним тривожно-депресивним розладом – 58 %, легким депресивним епізодом та помірним було 20 % та 22 % відповідно. Аналіз результатів дослідження хворих на тривожні та депресивні розлади за допомогою тесту Спілбергера – Ханіна дозволив установити такі закономірності: помірний рівень особистісної тривоги був виявлений у 30,9 % пацієнтів, високий рівень – у 69,1 %, низький рівень особистісної тривоги не був виявлений взагалі. Щодо ситуативної тривожності, то високий її рівень виявлено у 74,55 % досліджуваних, помірний – у 25,45 % пацієнтів. При аналізі гендерного розподілу рівень особистісної тривоги був достовірно вищим у жінок – (51,75±1,17) балів, ніж у чоловіків (46,39±1,78) балів (p<0,05). У чоловіків та у жінок виявлено високі рівні особистісної тривоги, що ймовірно свідчить про особистісну схильність пацієнтів з ССЗ до тривожних розладів. Результати опитувальника PHQ-9: субклінічний рівень депресії виявлено у 12,72 %, легкий рівень – 49,10 %, помірний – 16,36 %. Депресивні прояви середньої тяжкості виявлено у 12,72 %, тяжку депресію – у 9,1 %. Щодо гендерного розподілу, то показники тривоги та депресії були значно вищими у жінок порівняно з чоловіками, що ймовірно пов'язано з особистісними особливостями жінок. Вивчаючи залежність рівня тривожності та виду депресивного епізоду виявлено достовірні кореляційні зв'язки між показниками тривоги за шкалами HADS та PHQ-9, особистісної і ситуативної тривожності та легким депресивним епізодом. Зазначені показники були значно нижчими у групі з легким депресивним епізодом порівняно з групою пацієнтів, у яких було діагностовано помірний депресивний епізод. Коефіцієнт кореляції між показниками особистісної тривожності та ступенем депресії за результатами опитувальників HADS та PHQ-9 становив 0,71 та 0,79, відповідно.

**Висновки.** Результати проведеного дослідження свідчать, що більшість осіб з артеріальною гіпертензією та неспсихотичними психічними розладами мають високий рівень особистісної та ситуативної тривожності. Між показником особистісної тривожності та ступенем депресії, визначеним за допомогою опитувальників HADS та PHQ-9, виявлено прямий кореляційний зв'язок. У гендерному розподілі рівень тривоги та ступінь депресивного розладу виявився достовірно вищим у жінок.

## Обізнаність населення щодо лікування серцево-судинних захворювань у дзеркалі соціологічного дослідження

Н.О. Рингач

Інститут демографії та соціальних досліджень  
імені М.В. Птухи НАН України, Київ

**Мета** – оцінити рівень обізнаності населення Дніпропетровської області щодо лікування серцево-судинних захворювань (артеріальної гіпертензії), ступінь відповідності дій наявним знанням за результатами двоетапного соціологічного дослідження.

**Матеріал і методи.** Соціологічне дослідження проводилось на замовлення Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації за фінансової підтримки Світового Банку в рамках проекту «Поліпшення здоров'я на службі у людей». На якісному етапі проведено глибинні інтерв'ю серед осіб з діагнозом серцево-судинних захворювань (n=20), на кількісному – «face-to-face» інтерв'ю серед респондентів у віці від 18 до 60 років на основі вибіркового обстеження домогосподарств (n=2000). Опитування проводилося у 2017 р. за спеціально розробленими опитувальниками, окремі розділи яких присвячені обізнаності щодо лікування.

**Результати.** Аналіз глибинних інтерв'ю висвітлив позиції, знання і дії людей стосовно лікування серцево-судинних захворювань (артеріальної гіпертензії). Виявлено поширеність неправильного розуміння суті контролювання артеріального тиску (впевненості, що контроль полягає у регулярному вимірюванні і обізнаності щодо актуальних цифр підвищеного тиску, а не наближення його до нормального). Найбільш часто перешкодою на шляху ефективного лікування називають власну ліню.

Кількісне дослідження підтвердило майже одно-стайну (91,4 %) позицію щодо необхідності лікувального втручання у разі артеріальної гіпертензії. Попри досить високий рівень обізнаності щодо профілактики і лікування серцево-судинних захворювань, їх уявлення не завжди є правильним (так, лише 39,6 % респондентів обізнані про існування немедикаментозного лікування). Виявлене протиріччя між наявністю у респондентів діагнозу артеріальної гіпертензії, обізнаністю про необхідність довготривалого регулярного лікування цього захворювання та реальним непостійним і фрагментарним курсовим лікуванням без чіткого усвідомлення необхідності досягнення і утримання бажаного рівня артеріального тиску. Лише 34,3 % знають, що лікування є пожиттєвим, причому з віком обізнаність зростає (у віці старше 50 років таких майже половина). Серед жінок орентованих на тривале лікування більше, ніж серед чоловіків.

Серед осіб з встановленим діагнозом артеріальної гіпертензії лише 63,6 % на момент опитування приймають препарати для її лікування (у віці старше 50 років – 76,6 %). За досить повної обізнаності щодо необхідного комплексу лабораторних та інструментальних досліджень спостерігається невідповідність реального їх проходження (якщо ЕКГ робили дві третини

опитаних, а 39,6 % отримали консультацію кардіолога, то про УЗД нирок, визначення креатиніну крові впродовж останніх 12 міс повідомив ледве кожен десятий, про холтеровський моніторинг артеріального тиску – одиниці). 82 % опитаних впевнені, що артеріальний тиск контролювати можна. Свій власний прилад (тонометр) мають 82,1 %, практично всі вміють ним користуватися (96 %). Щоденник змін показників артеріального тиску веде лише 14,5 % опитаних, записують назви ліків, дозу і час прийому лише 16,3 %.

**Висновки.** Дані, отримані під час соціологічного дослідження, які характеризують установки і рівні обізнаності конкретних груп населення з питань профілактики і лікування серцево-судинної патології, можуть слугувати підґрунтям для інформаційних регіональних кампаній профілактичної спрямованості, удосконалення медичної допомоги та підвищення ефективності лікування, організації превентивної діяльності серед населення із залученням різних секторів.

## Удосконалення організації кардіологічної допомоги військовослужбовцям з бойовою травмою на підставі нових даних про патогенез вторинної патології серцево-судинної системи

Н.М. Сидорова<sup>1</sup>, А.М. Галушка<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Українська військово-медична академія, Київ

<sup>2</sup> Науково-дослідний інститут проблем військової медицини  
Української військово-медичної академії, Київ

Вторинна патологія серцево-судинної системи (ВПССС) розвивається у кожного п'ятого постраждалого із бойовою травмою (БТ) та у переважної більшості осіб з важкою. Втім дотепер основний механізм розвитку цієї патології залишався невідомим, не передбачено і організаційні заходи щодо профілактики ВПССС на різних рівнях надання медичної допомоги.

**Мета** – встановити основні механізми розвитку ВПССС у постраждалих із БТ, визначити можливість заходів з прогнозування та попередження цього ускладнення та запропонувати удосконалення організації терапевтичної медичної допомоги комбатантам з огляду на ризик розвитку ВПССС.

**Матеріал і методи.** Всього до дослідження було залучено 692 військовослужбовця, з яких 553 – з БТ. Для вирішення питання домінуючого механізму розвитку ВПССС проводили аналіз лабораторних показників (ЛП), а також для отримання моделей внутрішньо-серцевої гемодинаміки (МВСГ) – даних ехокардіографії, відповідно до яких розраховували МВСГ у хворих з ішемічною, токсичною та метаболічною кардіоміопатіями та порівнювали із МВСГ, отриманою для хворих з БТ та ВПССС. Задля уточнення причин виявлених у постраждалих з БТ змін загального периферичного опору судин (ЗПОС) виконували біомікроскопію бульбарної кон'юнктиви з оцінкою параметрів мікроциркуляції (МЦ). Визначали модель прогнозування розвитку ВПССС за даними рутинних ЛП, які можна визначити в перші три доби після отримання БТ. Розрахунки



при моделюванні проводили з використанням лог-регресійного аналізу із визначенням операційних характеристик отриманих моделей. На підставі отриманих результатів розробили заходи організації надання допомоги постраждалим з БТ та високим ризиком розвитку ВПССС.

**Результати.** Отримані дані свідчили про наявність статистично достовірної різниці для багатьох ЛП у постраждалих з БТ з ВПССС та без такої. Встановлено наявність кореляційних зв'язків між ЛП білкового, ліпідного, вуглеводного обміну та вираженістю системного запалення та тяжкості травми, що дало підстави сформулювати концепцію синдрому гіперметаболізму як одного з патогенетичних механізмів розвитку ВПССС. При порівнянні МВСГ різного генезу з такою постраждалих із БТ було встановлено тотожність останньої та моделі метаболічної кардіоміопатії, що підтримало визначення синдрому гіперметаболізму як патогенетичного механізму розвитку ВПССС у постраждалих із БТ. Встановлено, що підвищення ЗПОС у постраждалих з БТ пов'язано з порушеннями МЦ (периваскулярним набряком, венулярною дистонією).

**Висновки.** На підставі отриманих результатів розроблено систему прогнозування, попередження та лікування ВПССС у постраждалих з високим її ризиком, запропоновано удосконалення підготовки та перепідготовки військових лікарів для підвищення обізнаності у проблемі ВПССС внаслідок БТ, визначено напрямки уточнюючих подальших клінічних та організаційних досліджень.

## Predictive modeling for secondary cardiovascular pathology development in the injured combatants with combat trauma for improving of organization of the medical assistance

N.M. Sydorova<sup>1</sup>, A.M. Halushka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup> Research Institute of Military Medicine of Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

**Background.** Four-year follow-up for the injured combatants (IC) in Ukraine showed significant incidence of secondary cardiovascular pathology (SCVP) after combat trauma (CT). Hence, it is critically important to identify IC with high risk of SCVP and refer them to the prophylaxis/treatment. It is essential that such predictors should

be available on the first/second levels of the medical assistance for IC.

**Purpose.** To develop easy-to-make predictors of SCVP that can be used on the first/second levels of the medical assistance for IC.

**Methods.** We created two teaching models with main laboratory indicators that are usually determined on the first/second levels of the medical assistance for IC. The model 1 was calculated on the base of laboratory indicators measured within the first 3 days, and the model 2 – for the period 10–14 days after CT. We used binary logistic regression for the model creating; the structure of the model was defined by stepwise regression. For the model quality assessment, we analyzed its adequacy, informativeness, strength, and reliability. For the model 1, we used data of 103 IC (52 of them with signs of SCVP), for the model 2 – 210 IC (103 of them with signs of SCVP), male 100 %, mean age 37.77±1.98 years). Control sample included 85 IC (52 of them with signs of SCVP, male 100 %, mean age 37.31±1.76 years).

**Results.** The final model 1 (for the measures done within the first 3 days after CT) for SCVP risk in IC appears as follows:  $R=0.71-0.013TP+0.099G$ , where R=risk measure, dependent dichotomous variable that can be expressed as 0 or 1 (presence or absence of the event), TP=total protein level, g/L, G=glucose, mmol/L. This model is statistically significant ( $F\text{-calculated}=10.6048 > F\text{-critical}=3.0870$  for significance level  $\alpha=0.05$ ,  $p=6.65E-05$ ). The final model 2 (for the measures determined within interval 10-14 days after CT) for the SCVP risk in IC appears as follows:  $R=0.610-0.009TP+0.085G$ . This model 2 is also adequate and reliable ( $F\text{-calculated}=6.9040 > F\text{-critical}=3.0415$  for significance level  $\alpha=0.05$ ,  $p=0.0013$ ). Verification of the model 1 using the data from the control sample showed acceptable quality of its operative characteristics: sensitivity 57.58 %, specificity 84.62 %, accuracy 74.12 %, positive predictive value 70.37 %, and negative predictive value 75.86 %.

**Conclusions.** Both predictive models 1 and 2 are similar and include the same laboratory parameters (regressors). Those models indicate that IC with lower total protein blood levels and higher blood levels of glucose have greater SCVP risk. This corresponds with our proposed concept of hypermetabolism for IC and underlines importance of disturbances of protein and carbohydrate metabolism in development of SCVP in IC with CT. However, model 1 (calculated for the data of first 3 days) is more robust than model 2. Therefore, it is reasonable to use model 1 for prediction of SCVP risk in IC and only if those data are missed – model 2.