

ISSN 2077-6594

Україна. Здоров'я нації № 2 (43), 2017

ISSN 2077-6594

УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

№ 2 (43), 2017

*Украина. Здоровье нации
Ukraine. Nation's Health*

НАУКОВО-
ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

Заступники головного редактора – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературний редактор – Ратаніна О.М.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдижар О.О.
Вороненко Ю.В.
Гойда Н.Г.
Голованова І.А.
Голубчиков М.В.

Грузева Т.С.
Децик О.З.
Ковальова О.М.
Котуза А.С.
Лисак В.П.

Любінець О.В.
Мельник П.С.
Нагорна А.М.
Рогач І.М.
Сайдакова Н.О.

Фера О.В.
Чепелевська Л.А.
Черемухіна О.М.
Чопей І.В.
Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)
Бояр І. (Польща)
Горбенко О.В. (Велика Британія)
Дудіна О.О. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)

Жилка Н.Я. (Київ)
Клименко В.І. (Запоріжжя)
Коваленко О.С. (Київ)
Кудренко М.В. (Київ)
Лашкул З.В. (Запоріжжя)

Лобас В.М. (Красний Лиман)
Майоров О.Ю. (Харків)
Матюха Л.Ф. (Київ)
Медведовська Н.В. (Київ)

Миронюк І.С. (Ужгород)
Моїсєєнко Р.О. (Київ)
Овоц А. (Польща)
Огнев В.А. (Харків)
Рудень В.В. (Львів)

Ситенко О.Р. (Київ)
Станчак Я. (Словаччина)
Степаненко А.В. (Київ)
Толстанов О.К. (Київ)
Ярош Н.П. (Київ)
Яценко Ю.Б. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
Протокол № 3 від 13.04.2017 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 14 квітня 2017 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 4125

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавник:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

FOUNDERS

Public Establishment "Ukrainian Institute of Scientific Research of Ministry of Health of Ukraine"
Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy"
State University "Uzhhorod National University"

Chief Editor – Slabkiy G.O.

Deputy Chief Editors – Dziuba O.M., Zhdan V.M., Smolanka V.I.

Executive Editor – Sytenko O.R.

Literary Editor – Ratanina O.M.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Pohorilyak R. Yu. (Uzhhorod)

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

Boldyzhar O.O.
Voronenko Yu.V.
Hoida N.G.
Golovanova I.A.
Golubchikov M.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Kotuzha A.S.
Lysak V.P.

Liubinetz O.V.
Melnyk P.S.
Nahorna A.M.
Rogach I.M.
Saidakova N.O.

Fera O.V.
Chepelevska L.A.
Cheremukhina O.M.
Chopey I.V.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

Chairman of the Editorial Board Zaporozhan V.M. (Odesa)

Avramenko O.I. (Kyiv)
Boyar I. (Poland)
Gorbenko O.V. (Great Britain)
Dudina O.O. (Kyiv)
Dudnyk S.V. (Kyiv)

Zhylka N.Ya. (Kyiv)
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya)
Kovalenko O.S. (Kyiv)
Kudrenko M.V. (Kyiv)
Lashkul Z.V. (Zaporizhzhya)

Lobas V.M. (Krasnyy Lyman)
Maiorov O.Yu. (Kharkiv)
Matiukha L.F. (Kyiv)
Medvedovska N.V. (Kyiv)
Myronyuk I.S. (Uzhhorod)

Moiseenko R.O. (Kyiv)
Ovoc A. (Poland)
Ohniev V.A. (Kharkiv)
Ruden V.V. (Lviv)
Sytenko O.R. (Kyiv)

Stanchak J. (Slovakia)
Stepanenko A.V. (Kyiv)
Tolstanov O.K. (Kyiv)
Yarosh N.P. (Kyiv)
Yashchenko Yu.B. (Kyiv)

The journal is included in the list of scientific professional publications of Ukraine, where the results of the theses for scientific degrees of doctor and candidate of Sciences can be published (Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 12.05.2015, № 528). It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine". Protocol № 3 of 13.04.2017.

Address of the Publisher: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine
Tel./fax: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Certificate of State registration KB № 21116-10916PR from 24.12.2014
Signed for publication on April 14, 2017. The total circulation is 100 copies. Order № 4125

Editor:

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine"
Address: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine

Publisher:

"SEA NP "Kolomitsyn V. Yu."
Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

03179, Kyiv, Kotelnikova str., 95, tel./fax: +380 44 501-35-69
Certificate of registering the subject of publishing in the State Register of publishers,
manufacturers and distributors of published products DK № 1194 from 15.01.2003

All the articles are peer-reviewed. The authors are responsible for the accuracy of the facts and other information in publications.
Full or partial reproduction in any way of the material published in this Edition, is possible only with the written permission of the Publisher.

населення, а й серед дітей. За даними статистики темп приросту поширеності ожиріння серед дитячого населення України за останнє десятиріччя становить близько 14%, а в деяких регіонах – Закарпатській, Рівненській, Херсонській, Житомирській та Кіровоградській областях понад 30%.

Дитяче ожиріння тягне за собою як короткочасні, так і довгострокові несприятливі наслідки для фізичного і психосоціального здоров'я. Надлишкова маса тіла, яка в більшості випадків бере свій початок в дитинстві закономірно призводить до розвитку серцево-судинної патології, зокрема відомо, що одним з найбільш частих факторів, що призводить до виникнення та розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) у дітей та підлітків є надлишкова маса тіла (НМТ). Актуальним питанням щодо діагностики лабільності АГ у пацієнтів є дослідження добового коливання артеріального тиску (АТ).

Мета: вивчити добовий профіль АТ у школярів із надлишковою масою тіла.

Одномоментним скринінговим випадковим методом обстежено 140 дітей віком 13–16 років. Вивчено анамнез, показники фізичного розвитку, індекс маси тіла (ІМТ), проведено вимірювання АТ. Серед 15 школярів, у яких за результатами скринінгу виявлено підвищений рівень АТ проведено холтерівське добове моніторування в умовах стаціонару. Статистична обробка даних проведена методами варіаційної статистики за допомогою статистичних пакетів аналізу MedStat та MedCalc v.15.8.

В результаті проведеного дослідження виявлено 25% школярів з підвищеним рівнем АТ. Підвищений АТ (для хлопчиків вищий ніж 137/80 мм рт.ст., для дівчаток вищий ніж 128/80 мм рт.ст. – нормативні значення амбулаторного добового моніторування у дітей та підлітків відповідно рекомендацій Європейського товариства гіпертензії, розроблених німецькою групою з дитячої гіпертензії під керівництвом E. Wühl) було виявлено у 19 підлітків, які мали ІМТ > 24,5 кг/м² (54,3%) та у 16 підлітків (15,7%), у яких ІМТ був нижчим ніж 24,5 кг/м². Відсоток підлітків з підвищеним та/або граничним з верхньою межею норми рівнем АТ серед дітей з підвищеним ІМТ достовірно вищий порівняно з відповідним показником групи дітей, у яких ІМТ був меншим ніж 24,5 кг/м² ($p < 0,001$). За нашими даними абсолютний ризик підвищення АТ в групі підлітків з ІМТ меншим ніж 24,5 кг/м² становить 0,16, тоді як в групі підлітків із ІМТ вищим ніж 24,5 кг/м² – 0,54. Відносний

ризик АГ за умов підвищеної маси тіла становить $3,46 \pm 0,3$ (95% ДІ: 2,0-5,9). За умов відсутності НМТ ризик підвищення АТ знижується у 2,5 рази.

Проведення добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) показало, що у підлітків, які мали збільшений ІМТ показники рівню артеріального тиску (середньодобовий, середньоденний, середньонічний рівні систолічного АТ, діастолічного АТ, середнього АТ, пульсового АТ) перевищували відповідні показники у підлітків, які мали нормальний ІМТ. Кореляційним аналізом встановлені зв'язки між ІМТ та рівнями показників артеріального тиску, зокрема: с/доб САТ – $r=0,77$, $p=0,006$; с/ден САТ – $r=0,77$, $p=0,006$; с/н САТ – $r=0,73$, $p=0,01$; с/н ДАТ – $r=0,75$, $p=0,008$; срАТ с/доб – $r=0,64$, $p=0,04$; ср АТ с/н – $r=0,76$, $p=0,006$. Крім того, серед дітей, яким проведено ДМАТ нормальний циркадіанний індекс мали тільки два пацієнти (1,28 та 1,32). Решта пацієнтів мали ригідний циркадіанний ритм (менший ніж 1,2), що може свідчити про наявність у них вегетопатії з порушенням як аферентного так і еферентного ланцюгів вагосимпатичної регуляції серцевого ритму, розвитку феномену «денервованого» серця.

У підлітків, у яких під час профілактичного огляду було встановлено підвищення АТ, спостерігається варіабельність показників ДМАТ. Враховуючи сучасні дослідження, які доводять, що найбільш важливим модулятором системного АТ, порушення якого призводить до змін добового профілю АТ, є тонус вегетативної нервової системи, можна припустити, що встановлені особливості ДМАТ пов'язані із фоновим дисбалансом вегетативної нервової системи, що призводить до неадекватного нічного зниження АТ. У групах з недостатнім та/або надмірним нічним зниженням АТ, а також з нічним підвищенням АТ не відбувається адекватної нічної нормалізації АТ внаслідок впливу нейрогуморальних систем, що потребує подальшого вивчення.

Відповідно рекомендаціям сучасної кардіології загальні підходи до профілактики АГ, як найпоширенішої нозологічної форми хвороб системи кровообігу, базуються на концепції факторів ризику розвитку серцево-судинної патології. Програма з профілактики, раннього виявлення та лікування АГ серед дітей та підлітків має базуватися на формуванні здорового способу життя, впровадженні скринінгу, перш за все, на предмет виявлення НМТ.

Н.В. Іваньо, М.М. Росул, Т.В. Іваньо, М.О. Корабельщикова

Первинна інвалідація хворих з ішемічною хворобою серця: стратифікація ризику стійкої втрати працездатності

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Серед серцево-судинних захворювань найбільше соціально-економічне значення мають ішемічна хвороба серця (ІХС), інсульт, артеріальна

гіпертензія (АГ) та серцева недостатність. Основні витрати йдуть на госпіталізацію, надання медичної допомоги, а при настанні стійкої втрати працездатності –

соціальний захист та допомогу з боку держави. У виникненні та прогресуванні ІХС провідне місце займають класичні фактори ризику, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя, а при необхідності з використанням фармакотерапії.

Мета. Провести аналіз первинного виходу на інвалідність хворих із ІХС та виявити наявні фактори ризику.

Обстежено 38 хворих із ІХС, які вперше в житті визнані інвалідами та проведено аналіз наявних факторів ризику (АГ, тютюнопаління, дисліпідемія, надмірна маса тіла або ожиріння) на момент настання стійкої втрати працездатності. Хворі з супутнім цукровим діабетом в дослідження не включались.

Із 38 хворих з ІХС, які вперше визнані інвалідами, 33 хворих (87%) були працездатного віку і тільки 5 хворих (13%) – пенсійного віку. Середній вік хворих працездатного віку на момент настання інвалідності склав $53 \pm 5,3$ років, середній вік хворих пенсійного віку був $63 \pm 2,1$ років. Із 38 хворих з ІХС у 36 хворих (95%) була виявлена АГ. Всі хворі були обізнані про наявність у них АГ, що свідчить про задовільну роботу дільничної мережі відносно виявлення хворих із АГ, та попередньо знаходились на диспансерному нагляді від 1 до 19 років. Однак 19 хворих (53%) не отримували призначене гіпотензивне лікування мотивуючи це задовільним суб'єктивним самопочуттям, 15 хворих (41%) приймали гіпотензивне лікування періодично при погіршенні самопочуття і тільки 2 хворих (6%) регулярно приймали призначене лікування з досягненням цільових рівнів артеріального тиску. Порушення ліпідного обміну на момент настання стійкої втрати працездатності були виявлені у всіх 38 хворих (100%). Надмірна маса тіла або ожиріння було виявлено у 24 хворих (63%). Палили 19 хворих (50%) від 0,5 до 1,5 пачки цигарок на добу.

На момент настання стійкої втрати працездатності у 9 хворих (24%) було виявлено наявність 2-х факторів ризику, у 18-ти хворих (47%) – поєднання 3-х факторів ризику, у 11-ти хворих (29%) були виявлені всі досліджувані фактори ризику. Жодного хворого без факторів ризику не було виявлено.

Стійка втрата працездатності настала у 5-ти хворих (13%) після проведеного хірургічного лікування ІХС – аортокоронарного шунтування, у 25 хворих (66%) після

перенесеної найнебезпечнішої форми ІХС – інфаркту міокарда. Вперше було визнано інвалідами II групи 9 хворих (24%), III групи – 29 хворих (76%).

Таким чином, більшість хворих із ІХС, які вперше були визнані інвалідами, були працездатного віку, що зрозуміло, вимагає соціальної допомоги та захисту з боку держави та призначення пенсійного забезпечення по інвалідності. Всі хворі мали фактори ризику. Найбільш вагомий внесок належить дисліпідемії, на другому місці – АГ, яку дільнична мережа своєчасно виявляє, однак прихильність хворих до лікування залишається низькою. Це потребує активізації зусиль з боку медиків та держави відносно санітарно-освітньої роботи серед населення про край несприятливі наслідки АГ аж до настання стійкої втрати працездатності. На третьому місці були надмірна маса тіла або ожиріння, на четвертому – паління. Всі хворі мали від 2-х до 4-х факторів ризику. Більше 70% хворих мали поєднання 3-х і більше факторів ризику. Така розповсюдженість факторів ризику значно більша ніж серед населення України та серед хворих з ІХС без стійкої втрати інвалідності. Вагомий внесок при настанні стійкої втрати працездатності належить найважчій формі ІХС – інфаркту міокарда: у більше половини випадків стійка втрата працездатності наставала після перенесеного інфаркту міокарда, менший внесок належить сучасному хірургічному методу лікування ІХС – аортокоронарному шунтуванню, яке покращує прогноз і перебіг захворювання, але веде до стійкої втрати працездатності.

Висновки:

1. Хворі із ІХС, які вперше були визнані інвалідами, мали від 2-х до 4-х факторів ризику. Більше 70% хворих мали поєднання 3-х і більше факторів ризику. Найбільш вагомий внесок належить дисліпідемії та артеріальній гіпертензії.

2. Наявність стійкої втрати працездатності потребує подальшого удосконалення системи реабілітаційних заходів – медичної, психологічної, професійної, соціальної тощо. При своєчасній корекції надмірної маси тіла та ожиріння, відмови від паління, дисліпідемії (при необхідності із залученням гіполіпідемічної терапії), збільшення прихильності хворих із АГ до лікування вірогідно можливо було б попередити настання стійкої втрати працездатності.

І.І. Канчі, Н.В. Іваньо, Т.В. Іваньо, Ю.В. Дейлик

Сучасні аспекти профілактики повторного інфаркту міокарда за допомогою подвійної антитромбоцитарної терапії

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Інфаркт міокарда (ІМ) – це одна із найважчих форм ішемічної хвороби серця (ІХС). Профілактика повторного ІМ залишається найбільш актуальною проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Пацієнти після перенесеного ІМ знаходяться в групі ризику через виникнення повторних

кардіоваскулярних подій. Правильно підібране лікування в гострому періоді та відновлення коронарного кровотоку має важливе значення в профілактиці повторного інфаркту міокарда. Ефективно проведена вторинна профілактика також сприяє зниженню повторних фатальних та нефатальних ІМ.