



No 10 (10) (2017)

P.1

The scientific heritage

(Budapest, Hungary)

The journal is registered and published in Hungary.

The journal publishes scientific studies, reports and reports about achievements in different scientific fields. Journal is published in English, Hungarian, Polish, Russian, Ukrainian, German and French.

Articles are accepted each month. Frequency: 12 issues per year.

Format - A4

ISSN 9215 — 0365

All articles are reviewed

Free access to the electronic version of journal

Edition of journal does not carry responsibility for the materials published in a journal. Sending the article to the editorial the author confirms it's uniqueness and takes full responsibility for possible consequences for breaking copyright laws

Chief editor: Biro Krisztian

Managing editor: Khavash Bernat

- Gridchina Olga - Ph.D., Head of the Department of Industrial Management and Logistics (Moscow, Russian Federation)
- Singula Aleksandra - Professor, Department of Organization and Management at the University of Zagreb (Zagreb, Croatia)
- Bogdanov Dmitrij - Ph.D., candidate of pedagogical sciences, managing the laboratory (Kiev, Ukraine)
- Chukurov Valeriy - Doctor of Biological Sciences, Head of the Department of Biochemistry of the Faculty of Physics, Mathematics and Natural Sciences (Minsk, Republic of Belarus)
- Torok Dezso - Doctor of Chemistry, professor, Head of the Department of Organic Chemistry (Budapest, Hungary)
- Filipiak Pawel - doctor of political sciences, pro-rector on a management by a property complex and to the public relations (Gdansk, Poland)
- Flater Karl - Doctor of legal sciences, managing the department of theory and history of the state and legal (Koln, Germany)
- Yakushev Vasilij - Candidate of engineering sciences, associate professor of department of higher mathematics (Moscow, Russian Federation)
- Bence Orban - Doctor of sociological sciences, professor of department of philosophy of religion and religious studies (Miskolc, Hungary)
- Feld Ella - Doctor of historical sciences, managing the department of historical informatics, scientific leader of Center of economic history historical faculty (Dresden, Germany)
- Owczarek Zbigniew - Doctor of philological sciences (Warsaw, Poland)
- Shashkov Oleg - Candidate of economic sciences, associate professor of department (St. Petersburg, Russian Federation)

«The scientific heritage»

Editorial board address: Budapest, Kossuth Lajos utca 84,1204

E-mail: public@tsh-journal.com

Web: www.tsh-journal.com

CONTENT

ART STUDIES

Liu Nan

INTERPRETATION DIFFICULTIES OF
MODEST MOUSSORGSKY'S CHAMBER
VOCAL WORKS (THE CHINESE
VOCALIST'S POINT OF VIEW) 4

BIOLOGICAL SCIENCES

Kirbaeva N.V., Sharanova N.E., Vasil'ev A.V.
ACTIVITY OF LYSOSOMAL
ENDOPEPTIDASE IN LIVER AND BRAIN OF
RATS DURING METABOLIC
STRESS 9

Sergeeva S.S.
GIANT RETZIUS CELLS OF MEDICAL
LEECH: A NEURON RECEIVES, ENCODES
AND TRANSMITS THE
INFORMATION 13

MEDICAL SCIENCES

*Weitz S.V., Daurova F.U., Weitz T.V.,
Kodzaeva Z.S.*
INTRODUCTION OF TACTILE SIMULATOR
VIRTUALLY DENTAL TO TEACH THE
STUDENTS OF DENTAL FACULTY 22

*Lytvynenko N.A., Varytska H.A.,
Grankina N.V., Chobotar O.P., Senko Yu.O.*
FACTORS OF UNFAVOURABLE
TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS
WITH MULTIDRUG RESISTANT
TUBERCULOSIS AND EXTENSIVELY
DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS 24

Krivoshkov E.P., Elshin E.B.
THE EXPERIENCE OF MODERN
TREATMENT OF WOUNDS AFTER SMALL
AMPUTATIONS ON THE FOOT 32

Zhuravlyova L.V., Pyvovarov O.V.
RELATIONSHIP BETWEEN SERUM
INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 AND
PARAMETERS OF CARBOHYDRATE
METABOLISM IN HYPERTENSIVE
PATIENTS WITH AND WITHOUT TYPE 2
DIABETES 35

*Malyk Yu.Yu., Semeniuk T.O.,
Pentelejchuk N.P.*
TYPICAL MITRAL VALVE CHORDAE
TENDINEAE AND ABNORMALLY
LOCATED CHORDAE TENDINEAE OF THE
HUMAN HEART LEFT VENTRICLE IN THE
INVESTIGATION BY METHOD OF THREE-
DIMENSIONAL RECONSTRUCTION 40

Navchuk I.V., Navchuk H.I.
THE USE OF INFORMATIONAL AND
TECHNICAL TECHNOLOGY OF
EDUCATIONAL PROCESS 43

*Rozdilskaya O.N., Kalyuzhka A.A.,
Zinoviev E.V., Katarzhnova I.V.,
Maistrenko I.A.*
CLINICAL CHARACTERISTICS OF
PATIENTS WITH MULTIFOCAL
ATHEROSCLEROSIS TAKING PART IN THE
ELIMINATION OF THE ACCIDENT AT THE
CHERNOBYL NUCLEAR POWER
PLANT 46

Yasunska E.T., Chornenka Zh.A.
EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF
PATIENTS WITH CARDIO - VASCULAR
DISEASE 52

Chornenka Zh.A., Grytsiuk M. I., Yurnyuk S.V.
THE DEVELOPMENT AND PERSPECTIVE
DIRECTIONS OF IMPLEMENTATION OF
MAIN METHODS AND MODELS OF
DISTANCE LEARNING 57

Chornenka Zh.A., Yasunska E.T.
DEMODICOSIS – MODERN IDEAS ABOUT
THE EPIDEMIOLOGY, PATHOGENESIS
AND CLINICAL DISEASE 60

Pavlovysh L.B., Bilous I.I., Chornenka Zh.A.
ANALYSING PREVALENCE AND
MORBIDITY OF DIABETES AND ITS
CONSEQUENCES IN THE POPULATION OF
CHERNIVTSI REGION DURING 2014-
2016 64

*Zubchuk V., Solomin A.,
Shtanicheva M., Kaushnyan A.*
MEANS OF IDENTIFICATION OF
PARAMETERS OF REFLEX ZONES 69

16. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія напруги. Первинна медична допомога [Текст] // Семейная медицина = Сімейна медицина. – 2012. – № 2. – С. 7-24.

17. Шпрах В. В. Сочетанный атеросклероз церебральных, коронарных и периферических артерий у мужчин пожилого и старческого возраста [Текст] / В.В. Шпрах, Ж.И. Капустенская // Клиническая геронтология: Ньюдиамед, 2007. – № 6. – С. 17–21.

18. The six-minute walk test: a useful metric for the cardiopulmonary patient / T. Rasekaba, A.L. Lee, M.T. Naughton et al. // Intern. Med. J. 2009. – Vol. 39, №8. –P.495–501.

19. World Health Organisation. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group "Health" (EGH) / Eds. B. Bennet, M. Repacholy, Zh. Carr. – Geneva, WHO, 2006. – 160 p. http://www.who.int/ionizing_radiation/chernobyl/en

Ясинська Е.Ц.

доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Чорненька Ж.А.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З СЕРЦЕВО - СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CARDIO - VASCULAR DISEASE

Yasunska E.T.

PhD, Associate Professor of the Department of Social Medicine and Health Care Organization of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Chornenka Zh.A.

Ph.D, Assistant Professor of the Department of Social Medicine and Health Care Organization of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

АНОТАЦІЯ

В статті визначена якість життя хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з порушеннями ритму та провідності серця без перенесеного інфаркту міокарда, а також хворих на ішемічну хворобу серця, які страждали постінфарктною стенокардією III – IV функціонального класу і хронічною серцевою недостатністю.

ABSTRACT

The article presents of indetified of the quality of life with coronary heart disease (CHD) with rhythm disturbances and cardial conduction of the heart without myocardial infarction and patients with coronary heart disease who had suffered angina postinfarction III - IV functional class and congestive heart failure.

Ключові слова: якість життя хворих з порушеннями ритму та провідності серця, ішемічна хвороба серця, хронічна серцева недостатність.

Keywords: quality of life of patients with rhythm disturbances and cardial conduction of the heart, coronary artery disease, chronic heart failure.

Серцево-судинні захворювання продовжують залишатися однією з найважливіших проблем сучасності та є основною причиною смертності населення в більшості країн світу [1]. Порушення ритму та провідності серця впливають не тільки на фізичний стан хворого, але також на психологію його поведінки, характер емоційних реакцій, змінюють місце хворого в соціальному житті, тобто створюють серйозні проблеми в психології, духовній та соціальній сферах хворого [2,4]. Основний принцип лікаря «лікувати не хворобу, а хворого» може бути реалізований саме за допомогою залучення оцінки якості життя. Найчастіше лікар оцінює фізикальні, лабораторні та інструментальні дані про стан пацієнта. Однак інформація щодо

психологічних і соціальних проблем, які з'явилися в житті людини у зв'язку з хворобою, йому малоодступна [5].

На початку XXI століття поняття «якість життя» перетворилося на предмет наукових досліджень і стало більш точним - «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (health related quality of life, HRQL). Якість життя сьогодні - це надійний, інформативний і економічний метод оцінки здоров'я хворого як на індивідуальному, так і на груповому рівнях [2,3]. Тому оцінка стану пацієнта повинна бути комплексною з урахуванням її впливу не тільки на фізичний стан, але й на психологічні, емоційні та соціальні функції хворого згідно з визначенням здоров'я ВООЗ [2].

Якість життя - критерій оцінки ефективності надання медичної допомоги. Накопичені до теперішнього часу дані свідчать, що якість життя може розглядатися як важливий показник стану хворого, а його динаміка в ході лікування може мати не менше, а іноді й більше значення, ніж зазвичай оціночні клінічні параметри [3].

Якість життя, релевантне здоров'ю, визначається як здатність індивідуума функціонувати у суспільстві відповідно до свого положення і отримувати задоволення від цього [4].

Мета дослідження.

Визначити якість життя хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з порушеннями ритму та провідності серця без перенесеного інфаркту міокарда, а також хворих на ішемічну хворобу серця, які страждали постінфарктною стенокардією III – IV функціонального класу і хронічною серцевою недостатністю.

Матеріал і методи Вибіркова сукупність складала 196 пацієнтів. Усі респонденти страждали ішемічною хворобою із пароксизмальними формами порушень ритму та провідності серця без перенесеного інфаркту міокарда, а також ішемічною хворобою серця з постінфарктною стенокардією III – IV функціонального класу та хронічною серцевою недостатністю. Усі обстежувані перебували на стаціонарному лікуванні в обласному кардіологічному диспансері м. Чернівці з 2012 року по 2013 рік. В дослідження не включалися пацієнти з нестабільною стенокардією, недавнім інфарктом міокарда, ураженнями клапанів серця, тиреотоксикозом, синдромом WPWB. Середній вік обстежуваних склав 52,2 року.

Для визначення якості життя хворих ішемічною хворобою серця з пароксизмальними формами порушень ритму та провідності серця застосована анкета опитування, яка складалася з двох частин: загальної та спеціальної. Загальна частина не залежить від певної нозології і призначається для оцінки негативного впливу на якість життя будь-якої патології за такими показниками, як енергійність, відчуття болю, сон, емоційні реакції, фізична активність, соціальна ізоляція та розроблена на основі методики НПЗ (Нотингемський профіль здоров'я). Кількісна характеристика показників при цьому визначається на основі обчислення зважених величин [9, 10]. Для розробки спеціальної частини анкети застосована методика науково-дослідного центру профілактичної медицини МОЗ РФ «Методика оцінки якості життя хворих з серцево-судинними захворюваннями» [9]. В анкеті хворі висловлювали своє відношення до змін, що відбулися у їхньому житті, вибравши одну із запропонованих відповідей: 1) не впливає; 2) злегка впливає; 3) значно впливає; 4) сильно; 5) дуже сильно. Сумарний показник балів показує вплив даного захворювання на якість життя хворих в цілому, а сума балів за окремими компонентами – про вплив захворювання на складові частини якості життя, тобто виявити причини зниження якості життя [10].

Для дослідження якості життя хворих з хронічною серцевою недостатністю був використаний

Міннесотський опитувальник, розроблений в 1987р. Т. Rector і J. Cohn для хворих з хронічною серцевою недостатністю. Опитувальник якості життя при хронічній серцевій недостатності (MLHFQ) (таблиця) містить 21 питання, відповіді на які дозволяють визначити, наскільки серцева недостатність обмежує фізичні можливості хворого; соціально-економічні аспекти і суспільні зв'язки пацієнта; позитивне емоційне сприйняття життя. Попередні дослідження ефективності опитувальника показали його високу валідність і чутливість [6, 7, 8].

Міннесотський опитувальник якості життя у хворих з хронічною серцевою недостатністю (MLHFQ)

Чи заважала Вам серцева недостатність жити так, як хотілося би, протягом останнього місяця, і з якої причини?

- 1) через набряки гомілок, стоп 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 2) через необхідність відпочивати вдень 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 3) через труднощі підйому по сходах 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 4) через труднощі працювати на дому 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 5) через труднощі з поїздками поза домом 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 6) через порушення нічного сну 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 7) через труднощі спілкування з друзями 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 8) через зниження заробітку 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 9) через неможливість займатися спортом, хобі 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 10) з-за сексуальних порушень 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 11) з-за обмежень у дієті 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 12) через почуття нестачі повітря 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 13) через необхідність лежати в лікарні 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 14) через почуття слабкості, млявості 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 15) через необхідність платити 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 16) через побічну дію ліків 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 17) через відчуття себе тягарем для рідних 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 18) через почуття втрати контролю 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 19) через почуття занепокоєння 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 20) через погіршення уваги, пам'яті 0, 1, 2, 3, 4, 5
- 21) через почуття депресії 0, 1, 2, 3, 4, 5

Варіанти відповідей: 0 – ні; 1 – дуже мало; 5 – дуже багато.

Математичним апаратом статистичної обробки матеріалу служили критерій t Стьюдента, лінійний коефіцієнт кореляції та критерій χ^2 – квадрат.

Результати дослідження та їх обговорення.

За методикою НПЗ отримані загальні показники якості життя хворих на ІХС з порушеннями ритму та провідності серця. Показники наведені в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, порушення ритму та провідності серця негативно впливають на психічне, соціальне та емоційне благополуччя хворих, особливо це стосується енергійності та фізичної активності. Відмічається достовірна різниця ($p < 0,05$) у показниках НПЗ між порушеннями провідності серця та фібриляцією передсердь. При цьому показник емоційних реакцій значно вищий. При інших

формах порушень ритму серця різниця статистично не достовірна.

В таблиці 2. наведені дані щодо причин зниження якості життя хворих з порушеннями ритму та провідності серця. Як свідчать дані таблиці 2, основною причиною різкого зниження благополуччя та виникнення дискомфорту була поява серцебиття, перебоїв у роботі серця, відчуття зупинки серця, раптової втрати свідомості, запаморочення, слабкості. Біля 70% хворих з появою аритмій відмічають зміну емоційного статусу: знизився настрій, з'явилася концентрація уваги на роботі серця, з'явився неспокій та тривога за своє життя, страх зупинки серця та страх появи аритмій. Майже 75 % респондентів вважали, що негативні емоції та емоційні напруження є основною причиною виникнення у них аритмій. Приблизно половина хворих емоційно страждали через переживання, пов'язані з виникненням обмежень у заняттях фізичною культурою і спортом, домашнім господарством, у користуванні власним та громадським транспортом. Біля 45 % хворих відчували стурбованість через неможливість кар'єрного зросту та обмеження у заробітній платі, появою додаткових витрат на лікування, 60% хворих відчували зміни у соціальній сфері: обмеження спілкування з близькими родичами та колегами по роботі, зниження сексуальної активності, відмова від участі у громадській діяльності.

В таблиці 3 показано вплив різних форм порушень ритму та провідності серця у хворих на ІХС на сумарні показники якості життя. Як видно з таблиці 3, найбільш низькі рівні якості життя у хворих на ІХС з порушеннями ритму та провідності серця - виявлені при екстрасистолії та надшлуночкової тахікардії. Різниця у силі впливу на сумарні показники якості життя цих форм порушень ритму та провідності серця статистично достовірна ($p < 0,05$).

Різниця між силою впливу атріовентрикулярних та шлуночкових форм порушень ритму та провідності серця на якість життя порівняно з передсердними статистично достовірна ($p < 0,01$).

На основі корелятивного аналізу із застосуванням лінійних коефіцієнтів кореляції установлений достовірний зв'язок сумарних показників якості життя при надшлуночкової тахікардії з тривалістю нападів тахікардії ($r=0,56$; $p < 0,05$), при екстрасистолії – з частотою екстрасистол ($r=0,71$; $p < 0,01$), при фібриляції передсердь - з частотою пароксизмів порушень ритму серця ($r = 0,57$; $p < 0,01$).

На основі застосування критерію χ^2 -квадрат виявлений достовірний зв'язок сумарних показників якості життя з такими клінічними проявами порушень провідності серця ($\chi^2 = 17,62$; $p < 0,01$).

Таблиця 1

Загальні показники якості життя хворих на ІХС з різними формами порушень ритму та провідності серця за методикою НПЗ (у% до числа обстежених хворих)

Загальні показники	Усі хворі з порушеннями ритму та провідності серця, $n = 144$	Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія та фібриляція передсердь, $n = 55$	Шлуночкова та надшлуночкова екстрасистолія, $n = 52$	Порушення провідності серця (внутрішньо-передсердна, атріовентрикулярна та внутрішньошлуночкова блокади), $n = 35$
Відчуття болю в ділянці серця та за грудною	15,3±2,13	12,5±4,4	11,3±4,3	25,7±7,4
Енергійність	43,0±4,99	37,5±6,5	45,3±6,8	48,6±8,4
Емоційні реакції	34,7±3,87	26,7±5,4	35,8±6,6	45,7±7,9
Фізична активність	40,9±4,74	46,4±6,7	37,7±6,5	31,7±7,8
Розлади сну	26,4±3,09	21,4±5,5	28,3±4,5	31,4±7,3
Соціальна ізоляція	34,5±3,27	39,3±6,5	37,7±6,5	25,7±7,4

Таблиця 2

Розподіл хворих на ІХС з пароксизмами порушень ритму та провідності серця за причинами зниження якості життя (у % до загального числа обстежених)

	Причини зниження якості життя	Всього хворих із негативними показниками якості життя	
		абс.	в %
1.	Неприємні відчуття в ділянці серця, серцебиття, перебої в роботі серця, швидка стомлюваність, відчуття зупинки серця, запаморочення, втрата свідомості.	118	81,9
2.	Пригніченість, різке зниження настрою, мимовільна фіксація уваги на роботі серця	103	71,5
3.	Поява неспокою та тривоги за своє здоров'я та життя	99	68,7
4.	Страх появи нових нападів аритмії та зупинки серця	88	68,7
5.	Тривалі негативні емоції та емоційні напруження	98	68,0
6.	Фізичні напруження (гострі та тривалі)	97	67,4
7.	Необхідність обмежень у фізичній праці.	78	54,3
8.	Утруднення в занятті фізичною культурою і спортом	57	39,6
9.	Утруднення в роботі по домашньому господарству	36	25
10.	Утруднення в користуванні власним та громадським транспортом	41	28,4
11.	Необхідність в обмеженні розумової праці	22	15,3
12.	Необхідність постійно приймати ліки та періодично лікуватися в стаціонарі	73	50,7
13.	Виникнення обмежень у посаді, у заробітній платні	57	39,6
14.	Додаткові витрати на лікування та медикаменти	103	71,5
15.	Зміна відносин із близькими, друзями та співробітниками пороботи	80	55,5
16.	Відмова від участі в громадській роботі	54	38,9
17.	Обмеження в сексуальній сфері	29	20,1
18.	Обмеження в проведенні дозвілля	19	13,2

Таблиця 3

Сумарні показники якості життя у хворих на ІХС при різних формах порушень ритму та провідності серця в балах

Ознаки Мінесотського коду (російський варіант)	Форми порушень ритму та провідності серця	Сумарні показники	
		\bar{M}	M
8-1	Екстрасистолія, у тому числі :	38,9	3,3
	- передсердна	25,1	2,3
	- атріовентрикулярна	34,9	3,1
	- шлуночкова	48,2	3,9
8 - 3	Фібриляція передсердь, у тому числі :	49,8	4,1
	- миготіння	52,1	3,2
	- тріпотіння	38,5	3,7
6-2; 6-1	Порушення провідності серця, у тому числі	49,3	3,9
		38,4	4,6
6-3	- внутрішньопередсердна	56,3	3,5
7-1; 7-2	- атріовентрикулярна	46,1	3,8
7-4; 7-5	- внутрішньошлуночкова	24,5	2,9
8-4; 8-6	Надшлуночкова тахікардія	18,4	3,3
8-7	Порушення автоматизму синусового вузла, у тому числі:	17,1	3,1
		19,7	3,6
8-8	- синусова тахікардія		
	- синусова брадикардія		

Проведений показав регресивний статистичну

функціональну залежність показника якості регресійний аналіз життя і його складових у хворих на ішемічну хворобу серця від клінічних характеристик ($P < 0,05$). При аналізі складової якості життя, що характеризує фізичний стан хворого була виявлена найбільша її залежність від тяжкості серцевої недостатності. Менш помітний вплив на соціально-психологічний статус хворих надає тяжкість ішемічної хвороби серця та ускладнення основного захворювання. Статистично істотним ($P < 0,01$) є залежність якості життя від об'єктивних характеристик, встановлених під час інструментального обстеження хворих з достовірністю 95%. Дисперсійний аналіз встановив наступні залежності показника якості життя від даних інструментального обстеження хворих ішемічною хворобою серця: сумарного показника якості життя - від гіпертрофії лівого шлуночка, дилатації лівого передсердя і лівого шлуночка; фізичної складової якості життя - від гіпертрофії лівого шлуночка, порушенням локального скорочення міокарду; психологічної складової якості життя - від тахікардії, дилатації лівого передсердя і лівого шлуночка.

Була доведена чітка прогностична значимість показника якості життя, що визначається у даній категорії хворих. Більшість хворих, які відповідали на питання Міннесотського опитувальника, були особи чоловічої статі, що мають середню освіту. За допомогою проведеного регресійного аналізу встановлена статистична функціональна залежність ($P < 0,05$) сумарного числового показника якості життя хворих на ішемічну хворобу серця з перенесеним інфарктом міокарда і його складових від статі, віку, рівня освіти і групи інвалідності.

Відзначено відносне зниження сумарного показника якості життя у хворих старше 50 років. Найвищі показники якості життя відмічалися в основному у хворих з вищою освітою, найнижчі - у осіб з неповною середньою освітою. Для більшості хворих, що мали середню або неповну середню освіту, перенесення інфаркту міокарда передбачало втрату професії. Якість життя жінок виявилось, за нашими даними, помітно нижча, ніж у чоловіків.

Залежність показника якості життя хворих з перенесеним інфарктом міокарда від віку, рівня освіти, соціального статусу пацієнтів підтверджується і іншими авторами [8], в дослідженні яких при аналізі показників якості життя в залежності від віку обстежених хворих було виявлено достовірно ($p < 0,05$) більш виражене зниження сумарного показника якості життя у хворих 50-59 років в порівнянні з хворими 30-39 років і 40-49 років. Найчастіше це зумовлено тим, що розвиток інфаркту міокарда і загрозу інвалідності особи у віці 50-59 років сприймають як катастрофу. Хворі 30-49 років були налаштовані більш оптимістично, більшість з них поверталися до праці протягом 5 - 6 місяців. Більш низький рівень сумарного показника якості життя і його складових виявлено у хворих з повторним інфарктом міокарда.

Для встановлення залежності якості життя від клінічних характеристик проведений регресійний

аналіз, який показав статистичну залежність сумарного показника якості життя і його складових у хворих на ішемічну хворобу серця від клінічних характеристик ($P < 0,05$), що є предикторами клінічного прогнозу у даній категорії хворих.

Зниження показника якості життя і його складових у хворих на ішемічну хворобу серця з перенесеним інфарктом міокарда при наявності кожної з клінічних характеристик: перенесеного інфаркту міокарда, артеріальної гіпертензії, порушень серцевого ритму, хронічної серцевої недостатності III функціонального класу є статистично достовірним ($P < 0,01$).

При аналізі складової якості життя, яка характеризує фізичний стан хворого (як і загальний показник якості життя), була виявлена найбільша її залежність від тяжкості серцевої недостатності.

Менш помітний вплив на психологічний стан хворих надають тяжкість ішемічної хвороби серця, наявність артеріальної гіпертензії і ускладнення основного захворювання.

Величина показника якості життя, обчислюються на підставі оцінок самого хворого, корелює з рядом об'єктивних характеристик, в тому числі встановлених в ході інструментального обстеження хворих. Відмічена функціональна статистична залежність значення показника якості життя і його складової від даних, що виявляються при інструментальному обстеженні хворих з перенесеним інфарктом міокарда (гіпертрофії лівого шлуночка, наявність тахікардії, брадикардії, дилатації лівого передсердя і лівого шлуночка, фракції викиду, діастолічної дисфункції лівого шлуночка, аневризми лівого шлуночка, легеневої гіпертензії), з достовірністю 95%.

Якість життя передбачає і оцінку хворим обмежень своєї життєдіяльності. Виявлена істотна залежність якості життя від здатності хворого до самообслуговування і трудової діяльності ($P \leq 0,05$), що дозволяє об'єктивізувати процес встановлення групи інвалідності.

Доведена чітка прогностична значимість показника якості життя. Проаналізовано вплив різноманітних чинників (клінічних, інструментальних, соціальних) на клінічний прогноз хворих на ішемічну хворобу серця з перенесеним інфарктом міокарда. З'ясувалося, що ізольований чинник, не може визначати перебіг і результат захворювання і впливає на клінічний прогноз у взаємодії з другими чинниками. З використанням методу покрокової регресії була побудована лінійна модель клінічного прогнозу, яка на 100% збіглася з точним клінічним прогнозом ($P < 0,01$), з урахуванням динамічних змін клінічних даних і результатів інструментального обстеження хворих. При цьому виявлена залежність клінічного прогнозу від показників, що характеризують якість життя, встановлених при тестуванні хворих за Міннесотським опитувальником.

Висновок.

1. Визначення якості життя хворих, які страждають на ішемічну хворобу серця із перенесеним інфарктом міокарда – інформативний критерій оцінки ефективності медико-соціальної реабілітації та

соціалізації даної категорії хворих.

2. Анкетний метод обстеження дає можливість визначити якість життя як на індивідуальному рівні в інтересах конкретного хворого, так і на популяційному – для визначення ефективності нових стратегій у терапії різних захворювань.

3. Широка розповсюдженість серед хворих на ІХС з порушеннями ритму та провідності серця психопатологічних синдромів та вплив їх на частоту нападів порушень ритму серця свідчить про доцільність більш широкого застосування психотерапії та психотропних засобів у комплексному лікуванні аритмій.

Список літератури

1. Горбась І.М. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2009. – №3/1. – С.34-35.
2. Исследование качества жизни в кардиологии / Ю.Л. Шевченко, А.А. Новик, В.П. Тюрин [и др.] // Вестник международного центра исследования качества жизни. – 2008. – С.4-14.
3. Сидоренко Г.И. Проблема оптимизации в кардиологии // Кардиология. – 2004. - №7. – С.4-9.
4. Севрукевич В.И. Оценка качества жизни пациентов со стабильной стенокардией после проведенной реваскуляризации / В.И. Севрукевич // Кардиология в Беларуси. – 2009. – №6 (07). – С.49-54.

5. Ибатов А.Д. Влияние лоразената на эмоциональный статус и качество жизни больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2006. - №9. – С.11-14.

6. Cline C.M., Willenheimer R.B., Erhardt L.R. et al. Healthy related quality of life in elderly patients with heart failure // Scand. Cardiovasc. J. – 1999.- Vol. 33, № 5. – P.278-285.

7. Spertus J.A., Winder J.A., Dewhurst T.A. et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease // JACC.-1995.-Vol.25, №2.-P. 333-341.

8. Rector T.S., Tschumperline L.K., Kubo S.H. et al. Use of the Living with Heart Failure Questionnaire to ascertain patients` perspectives on improvement in quality of life versus risk of drug-induced death // J. Cardiol. Fail. – 1995. – Vol. 1, № 3. – P. 201-206.

9. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями// Кардиология. – 2002. - №5. – С.92-95.

10. Гельцер Б.И., Фрисман М.В. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных// Кардиология.– 2002. - №9. – С.4-9.

Чорненко Ж.А.

кандидат медичних наук, асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Грицюк М.І.

кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Юрнюк С.В.

асистент кафедри судової медицини та медичного правознавства ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

БУРХЛИВИЙ РОЗВИТОК ТА ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ТА МОДЕЛЕЙ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

THE DEVELOPMENT AND PERSPECTIVE DIRECTIONS OF IMPLEMENTATION OF MAIN METHODS AND MODELS OF DISTANCE LEARNING

Chornenka Zh.A.

Assistant Professor of Department of Social Medicine and Organization of Health Care of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Grytsiuk M. I.

Associate Professor, Head of Department of Social Medicine And Organization of Health Care of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Yurnyuk S.V.

Assistant Professor of Department of Forensic Medicine and Medical Law Higher State Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University”

АНОТАЦІЯ

У статті представлені основні методи та моделі дистанційного навчання, їх переваги та недоліки які можуть не тільки забезпечити активне залучення студентів у навчальний процес, але й дозволяють керувати цим процесом на відміну від більшості традиційних навчальних середовищ. Інтеграція звуку, руху, образу і тексту створює нове надзвичайно багате за своїми можливостями навчальне середовище, з розвитком якого збільшиться і ступінь залучення студентів у процес навчання.