

60 років БДМА

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ**

Чернівці: БДМА,
2004

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНИ**

Матеріали 85-ї підсумкової наукової конференції,
присвяченої 60-річчю
Буковинської державної медичної академії

Чернівці, БДМА
2004

УДК 616

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ. Матеріали 85-ї підсумкової конференції, присвяченої 60-річчю Буковинської державної медичної академії. – Чернівці: Медакадемія, 2004. – 445 с.

У збірнику наведено результати наукових здобутків діагностики, лікування та профілактики захворювань населення Буковини, даних експериментальних і морфологічних досліджень, спрямованих на вирішення проблем етіології та патогенезу захворювань.

Редакційна колегія: член-кореспондент АПН України професор В.П.Пішак (відповідальний редактор), проф. І.Й.Сидорчук, проф. М.Ю.Коломоєць, проф. Ю.М.Нечитайло, проф. І.Ю.Полянський, проф. Г.І.Ходоровський, доц. Л.В.Колюбакіна, доц. В.В.Кривецький, доц. І.Ю.Олійник, доц. В.І.Ротар, к.біол.н. І.М.Яремій

Відповідальні секретарі: проф. О.С.Полянська, доц. В.Г.Синиця

Наукові рецензенти: д-р мед. наук, проф. В.О.Калугін, д-р мед. наук, проф. А.Г.Іфгодій, д-р мед. наук, проф. С.Є.Дейнека

Комп'ютерна верстка: О.Ю.Воронцов

ISBN 966-697-002-3

Видається згідно з рекомендацією вченої ради Буковинської державної медичної академії, протокол №10 від 24 червня 2004 року

© Буковинська державна медична академія, 2004 р.

на Чернобыльской АЭС // Тезисы докладов респ. научн. конф. – Киев, 1991. – 247 с. 9. Краевский Н.А., Смольяников А.В., Саркисов Д.С. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. М.: Медицина, 1993. – Т.2. – С. 72-79. 10. Серов В.В., Лапиш К. Морфологическая диагностика заболеваний печени. М.: Медицина, 1989. – 312 с. 11. Серов В.В., Секамова С.М., Танащук Е.Л. Роль хронического вирусного гепатита в развитии гепатоцеллюлярной карциномы // Архив патологии. – 2002. – Т. 64, № 5. – С. 60-68. 12. Шмурун Р.И. Первичный рак печени и внепеченочных желчных протоков в 40-50-е годы и сорок лет спустя // Вопросы онкологии. – 1998. – Т. 44, № 3. – С. 350-353.

© І.В. Навчук, 2004

УДК 614.2: 616.15 – 005 – 084

**ЗАГАЛЬНІ МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ
ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК НАЙВАЖЛИВІШОГО
ЗАСОБУ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ
СИСТЕМИ КРОВООБІГУ**

І.В. Навчук

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
(зав. – доц. В.Е. Кардаш)
Буковинської державної медичної академії

Вступ. Найважливішою проблемою здоров'я населення України залишаються неінфекційні захворювання. Не виключенням є хвороби системи кровообігу (ХСК). Встановлено, що вони займають провідне місце серед неінфекційних захворювань і є чинником ризику виникнення важких недуг та ускладнень, які призводять до значних соціальних та економічних наслідків.

Боротьба з більшістю неінфекційних захворювань, у тому числі із ХСК, найбільш ефективна, а в деяких випадках – єдино можлива лише у профілактичній площині.

На сьогодні визнано, що найбільш перспективним напрямком зниження захворюваності населення на ХСК, інвалідності та смертності від них є первинна профілактика на підставі усунення зовсім або зменшення впливу чинників ризику, пов'язаних із поведінкою людей. Перспективність цього напрямку підтверджена досвідом країн, де впродовж останніх 2-3 десятиріч спостерігається значне зменшення смертності населення від ішемічної хвороби серця (ІХС) та її ускладнень. У США воно складає більше 25%.

при цьому більше половини успіху (54%) пов'язано зі змінами у способі життя. Вклад удосконалення лікування, у тому числі інтенсивного і хірургічного, складав лише 10% і 3,5% відповідно. У Фінляндії за рахунок змін у способі життя домоглися зниження показників захворюваності на серцево-судинні недуги та смертності від них на 50%. Дослідження з профілактики ІХС, проведені у Мінську серед чоловіків 40-59 років, також свідчать про можливість зменшення ризику виникнення ІХС шляхом цілеспрямованих змін у способі життя [1, 2].

Водночас поширеність внутрішніх і поведінкових чинників ризику розвитку серцево-судинних недуг набуває характеру епідемії. Так, майже кожен третій хлопець (27%) та кожна шістнадцята дівчинка (6%) вперше спробували курити ще не досягши 10-річного віку. У віковій групі 15-22 роки більш-менш регулярно курить майже половина молоді. Поширеність куріння у вікових групах 20-29, 30-39, 40-49 і 50-59 років складає серед чоловіків 70,5%; 73,7%; 64,7% та 50,7% і серед жінок відповідно 19,8%; 17,9%; 13,5% і 6,1% [3].

З кожним віковим десятиріччям збільшується кількість осіб, які мають підвищений АТС (≥ 140 мм рт.ст) або АТД (≥ 90 мм рт.ст). Так, підвищений АТ у 20-29-річному віці відповідно мають 23,9 % чоловіків та 3,4% жінок, у 60-69-річному віці їх частка зростає відповідно до 81,0% серед чоловіків та 60,2 % серед жінок. З віком збільшується частка осіб, які мають надмірну вагу тіла (НВТ) і ожиріння: відповідно 14,4% серед чоловіків, 21,4% серед жінок 20-29 років, 65,7 % серед чоловіків, 59,4% серед жінок 60-69 років [1, 2].

Мета дослідження. Довести, що пропаганда здорового способу життя (ЗСЖ) серед населення сприятиме корекції поведінки хворих на ХСК та змінам у способі життя потенційних пацієнтів, тобто повному виключенню чи послабленню впливу чинників ризику, пов'язаних із поведінкою людей, а отже, забезпечить збереження та зміцнення індивідуального потенціалу фізичного здоров'я (ПФЗ).

Матеріал і методи. У процесі епідеміологічного дослідження для визначення соціально-гігієнічної оцінки популяційного здоров'я у спектрі первинної профілактики хвороб системи кровообігу були використані статистичні дані Держкомстату, звітні матеріали відповідних лікувально-профілактичних закладів системи МОЗ України, результати клініко-статистичних та соціологічних досліджень. Використані модифіковані методики дозволили вивчити вплив провідних чинників ризику на хвороби системи кровообігу на популяційному рівні.

Результати дослідження та їх обговорення. Пропаганда ЗСЖ серед населення є корекцією поведінки у напрямку, який забезпечує збереження та зміцнення індивідуального ПФЗ і зниження психоемоційної напруги на

підставі їх визначення у взаємозв'язку з умовами матеріального та соціального благополуччя, наявністю та ступенем відбиття внутрішніх, зовнішніх та поведінкових чинників ризику.

Формування у громадян розумного ставлення до власного здоров'я повинно будуватися за визнаним психологією алгоритмом процесу виховання: знання → переконання → дії. Лише одна інформація, яку надають медики пацієнтам, без сформування у них переконаності у життєвій необхідності змін у звичках, способі життя та настановної мотивації до цього, не спричиняє до відповідних цілеспрямованих дій.

Процес формування переконаності підпорядковується закономірностям утворення та змінювання умовних рефлексів і у своєму розвитку має три стадії. На першій стадії переконання малостійкі, носять ситуативний характер, на другій – приймають більш стійкий характер, але внаслідок недостатньої сформованості волевого компоненту реалізуються лише в окремих випадках. На третій стадії переконання перетворюються у принципи, які регулюють поведінку людини в усіх ситуаціях. Це необхідно враховувати при плануванні і проведенні санітарно-освітньої роботи в цілому і з питань профілактики ХСК зокрема. Абстрактне просвітництво поза конкретним зв'язком з життям і поведінкою конкретних пацієнтів не сприяє формуванню переконаності. Не можна також обмежуватися лише наступ наданими порадами. Необхідно настирливо роз'яснювати життєву необхідність систематичного контролю артеріального тиску (АТ), ваги тіла (ВТ), виконання заходів щодо їх нормалізації, а також корисність збільшення до розумної межі рухової фізичної активності (РФА) [2].

Засоби впливу, що звично використовують медпрацівники у практичній діяльності:

– *на індивідуальному рівні* - бесіди та короткочасні інтервенції з питань ЗСЖ під час прийому, диспансерних обстежень, профоглядів, відвідування хворих на дому, а також вручення санітарно-освітніх матеріалів (пам'яток, листівок, буклетів тощо), відповіді за телефоном довіри;

– *на груповому рівні* - практичні заняття у школах, університетах, лекторіях здоров'я при відділеннях профілактики поліклінік, будинках ветеранів, оздоровчих та навчальних закладах, за місцем роботи, відпочинку або мешкання слухачів, вечори запитань та відповідей, засоби наглядної пропаганди;

– *на популяційному рівні* - інформування населення через засоби масової інформації (ЗМІ).

У будь-якому випадку потрібно дотримуватися загальних методичних принципів, що пов'язані з психологічними особливостями сприймання інформації – вона повинна мати позитивний характер, певний ступінь новизни, бути співвіднесеною хоча б приблизно з поінформованістю слухачів

з даного питання, емоційно забарвленою. Поради та рекомендації мають бути конструктивними, а не заборонними, будуватися з урахуванням статі, віку, рівня освіти, професії та стану здоров'я і включати соціально-трудові рекомендації. Цьому сприяє пропаганда на індивідуальному і груповому рівнях: групи практично здорових осіб без чинників або з чинниками ризику, особи з початковими проявами захворювань (за нозологіями). При цьому основні акценти мають бути розставлені:

– у *першій групі* - на корекції поведінки з метою підвищення ПФЗ впритул до безпечного рівня, попередження виникнення внутрішніх, зовнішніх та поведінкових чинників ризику (первинна дофакторна профілактика);

– у *другій групі* - на корекції поведінки з метою усунення зовсім або значного пом'якшення дії існуючих чинників ризику найбільш поширених ХНІЗ (первинна факторна профілактика). Групи для проведення занять, консультацій доцільно формувати за наявністю конкретного чинника ризику;

– у *групах* для хворих доцільно акцент робити на дотриманні загальних принципів ЗСЖ з метою продовження періоду стійкої ремісії існуючої патології та профілактики рецидивів, визначення місця медикаментозного лікування, частоти спілкувань з лікарем, можливостей саморегуляції поведінки залежно від самопочуття, а також на ознаках, при появі яких потрібно терміново звертатися до лікаря (вторинна профілактика).

Спілкування лікарів з пацієнтами у часи прийому та за місцем проживання створює умови для здійснення санітарно-освітніх заходів, спрямованих на збереження та зміцнення їхнього здоров'я на індивідуальному рівні. Жодна людина не має права піти від лікаря без отримання рекомендацій щодо корекції способу життя. Лікар повинен керуватися ставленням людей до власного здоров'я, тому, насамперед, приділяти увагу пасивним до власного здоров'я пацієнтам. Під час зустрічі потрібно ретельно роз'яснювати про основні внутрішні та поведінкові чинники ризику ХСК (надмірна вага тіла (НВТ), недостатній РФА, куріння, психоемоційна напруга, зловживання алкоголем і сіллю), навчати пацієнтів методикам самоконтролю ПФЗ за О.Піроговою та співавторів, рівня психосоціального стресу за Л.Рідером, ВТ та визначати особистий ступінь ризику виникнення та розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) за індексом маси тіла (ІМТ) [4, 5].

Керівників владних структур, підприємств, установ та закладів усіх форм власності та громадських організацій потрібно інформувати про те, що медицина неспроможна самотужки компенсувати негативний вплив на людину несприятливих зовнішніх, внутрішніх, поведінкових та соціально-економічних чинників ризику виникнення хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), що успіх у попередженні їх може бути досягнутим за комплексного підходу до вирішення проблем щодо створення передумов та

формування ЗСЖ у широких верств населення. Керівники всіх рівнів повинні усвідомити, що без їх активної участі неможливо досягти позитивних змін у рівні, якості, стилі та укладі життя як населення в цілому, так і регіонів, територій, його окремих груп за місцем праці, навчання, мешкання.

Висновки. Впровадження в практику роботи закладів охорони здоров'я методів та засобів первинної профілактики хвороб системи кровообігу буде сприяти: 1. Зменшенню виникнення нових випадків захворюваності на ХСК на 50% та збільшенню тривалості життя, що підтверджує світовий досвід. 2. Збереженню та зміцненню потенціалу індивідуального здоров'я. 3. Активному виявленню осіб з поведінковими і внутрішніми чинниками ризику артеріальної гіпертензії.

Література. 1. Артеріальна гіпертензія – медико-соціальна проблема: Методичний посібник Інституту кардіології ім. А.Д.Стражеска АМН України. – К., 2002. – 101 с. 2. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я. Посібник для поліпшення якості роботи / СІНДІ Україна. – К.: АТ «Книга», 1999. – 165 с. 3. Рекомендації з профілактики і лікування тютюнокуріння / СІНДІ Україна. – К., 2001. – 20 с. 4. Визначення функціонального віку та темпу старіння людини: Методичні рекомендації / МОЗ України, АМН України, УЦНМІ та ПЛР. – К., 1996 – 9 с. 5. Алкогольная политика и общественное благо / ВОЗ. – 316 с.

© І.Р. Ніцович, 2004

УДК 618.34/36-008.64-084:615.847:546.214

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ

І.Р. Ніцович

Кафедра акушерства і гінекології з курсом
дитячої та підліткової гінекології
(зав. – проф. О.М.Юзько)

Буковинської державної медичної академії

Вступ. Зростає кількість ускладнень вагітності, які призводять до розвитку фетоплацентарної недостатності (ФПН), збільшення перинатальної захворюваності та смертності [1,2,3,6]. Перспективним є застосування у комплексному лікуванні ФПН озонотерапії [3,7,8]. Вона стимулює гормонопродукуючу функцію фетоплацентарного комплексу, збільшує рівень гемоглобіну, покращує реологію крові, підвищує напругу кисню, знижує інтоксикацію, активує неспецифічний захист організму [1,4,7,8].