

Проведення навчання пацієнтів в умовах астма-школи на нашу думку може мати позитивний ефект на стан пацієнта та рівень астма-контролю.

Мета: покращення астма-контролю шляхом навчання пацієнтів у Астма-школі.

Матеріали та методи. Заняття проводяться на базі кафедри сімейної медицини та загальної практики Одеського національного медичного університету. Курс навчання складається з 6 теоретичних та 9 практичних занять. Теоретичні заняття мають на меті поглибити теоретичні знання пацієнта про бронхіальну астму, методи лікування та профілактики. Практичні заняття несуть в собі індивідуальну програму, що включає навчання пацієнта, а саме дієтотерапія, дихальна гімнастика та лікувальна фізкультура.

На даний момент навчання тривають. 20 пацієнтів з різною ступеню тяжкості БА пройшли 3 теоретичні та 5 практичних занять. З 20 пацієнтів 14 (70%) мають надмірну масу тіла (НадМТ) або ожиріння та мали більш тяжкий перебіг БА. На початку лікування астма-контроль за даними теста АСТ складав у середньому $15 \pm 1,5$, що

говорить про недостатній астма контроль. На початку навчання комплаєнс пацієнтів складав 45%, а фізичні вправи виконувало лише 2 пацієнти з 20.

Пацієнти отримали рекомендації щодо збільшення кратності харчування з переважанням легкої їжі, що легко засовується та має імуностимулювальні властивості. Також пацієнти проводили дихальну гімнастику за розробленою нами схемою та займались дозованими, контрольованими фізичними вправами.

Результати. Натепер навчання триває, проте пацієнти визначають позитивні зрушення у самопочутті, тест АСТ не досяг контрольованої позначки проте має позитивну динаміку і у середньому склав $18 \pm 0,5$. Комплаєнс зріс до 85%.

Висновки. Бронхіальна астма поширена патологія, що має обтяжливий фактор ожиріння або НадМТ. Пацієнти мають недостатній комплаєнс з лікуючим лікарем. Окрім фармакологічної корекції пацієнти можуть проходити навчання у астма-школі. Наші результати є проміжними та потребують більш детальних спостережень та подальшого дослідження.

*О.Л. Зюков¹, О.О. Ошивалова^{1, 2}, І.М. Пономаренко³,
Н.В. Краснопольська³, С.І. Ганноченко³, А.А. Камка³*

Поширеність факторів ризику розвитку раку шкіри серед населення Чернігівської області

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шурика, м. Київ, Україна

³Чернігівський обласний шкірно-венерологічний диспансер, м. Чернігів, Україна

Фактори ризику (ФР) – це потенційно небезпечні для здоров'я явища поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього та виробничого середовища, що підвищують ймовірність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливого результату. Незважаючи на те, що ФР часто не є визначальними у виникненні захворювань, інтерес до їх вивчення пов'язаний із розуміння того, як найбільш оптимальним способом виявити осіб з ФР, що допоможе оптимізувати стратегію профілактики і тактику лікування.

Мета. Вивчити поширеність соціально-біологічних ФР розвитку раку шкіри серед неорганізованого дорослого населення Чернігівської області.

Матеріали і методи. Проведено медико-соціологічне опитування неорганізованого дорослого населення Чернігівської області. При опитуванні враховували соціально-біологічні ФР: фототип шкіри по Фіцпатрику, вплив надлишкового сонячного опромінення, контакт з радіоактивними речовинами і токсичними речовинами, тривале (більше 5 років) застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією, періодичне травмування доброякісних новоутворень шкіри, обтяжену спадковість.

Статистичну обробку матеріалу проводили із застосуванням програмного забезпечення Excel.

В опитуванні прийняли участь 323 особи без онкологічної патології шкіри, із них 167 (51,7%) чоловіків та 156 (48,3%) жінок. За віком опитувані були представлені: 60–64 років – 29,4% осіб (чол. – 30,5%, жін. – 28,2%), 65–69 років – 25,7% осіб (чол. – 22,7%, жін. – 28,8%), 70–74 років – 26% осіб (чол. – 27,5%, жін. – 24,4%), 75 років і старші – 18,9% осіб (чол. – 19,1%, жін. – 18,6%). Серед опитуваних переважали ФР раку шкіри: II фототип шкіри – 55% (чол. – 52,5%, жін. – 57,5%), вплив надлишкового сонячного опромінення мали 43,5% осіб (чол. – 40%, жін. – 46,8%), контакт з радіоактивними речовинами мали 1,5% осіб (чол. – 1,9%, жін. – 1,1%) і токсичними речовинами – 1,8% осіб (чол. – 2,2%, жін. – 1,3%), тривале застосування лікарських засобів з фотосенсибілізуючою дією відмітили 19,4% осіб (чол. – 19,9%, жін. – 18,8%), періодичне травмування доброякісних новоутворень шкіри вказали 23% осіб (чол. – 22%, жін. – 24%), обтяжену спадковість по базальноклітинного раку мали 4% осіб (чол. – 5%, жін. – 3%), по плоскоклітинного раку – 3,5% осіб (чол. – 5%, жін. – 2%).

При цьому, на застосування фотозахисних засобів для шкіри при перебуванні на сонці вказали лише 29% опитаних, із них 22,3% чоловіків та 35,8% жінок.

Висновки. Дані про поширеність соціально-біологічних ФР розвитку раку шкіри можуть бути використані для розробки рекомендацій з первинної профілактики цього захворювання.

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

Стан здоров'я хворих після перенесеного інфаркту міокарда

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

Показники ураження дорослого населення України інфарктом міокарда залишаються на високому рівні. Протягом 2016 року в Україні зареєстровано більше 42 тис. випадків інфаркту міокарда (ІМ). Разом з тим, завдяки впровадженню сучасних технологій лікування даної патології смертність має тенденцію до зниження як в абсолютних цифрах (у 2014 р. померло 11801 хворих, в 2016 р. – 9977 хворих), так і в показнику на 100 тис. дорослого населення (27,5 на 100 тис. дорослого населення та 25,7 на 100 тис. дорослого населення відповідно). Велике значення після перенесеного ІМ має якість життя хворих, яка відображає загальне благополуччя та ступінь задоволеності тими ланками життя, на які впливає стан здоров'я.

Метою нашого дослідження було вивчення загального стану здоров'я хворих після перенесеного ІМ з використанням анкети стану здоров'я, яка відображає якість життя хворих.

Матеріали і методи. Обстежено 68 хворих, які протягом року перенесли ІМ з зубцем Q або без зубця Q. Всі хворі були поділені на дві групи. До 1-ої групи увійшли 29 хворих (середній вік склав $59 \pm 6,5$ років), яким в гострий період захворювання були проведені коронарографія, балонна ангіопластика інфаркт-залежної коронарної артерії та стентування. До 2-ї групи увійшли 39 хворих (середній вік – $63 \pm 7,8$ років), яким не проводилось в гострий період відновлення коронарного кровопостачання. Стан здоров'я хворі суб'єктивно

оцінювали за допомогою анкети по 10-ти бальній системі (від 1 балу – найгірший до 10-ти балів – найкращий стан здоров'я). Оцінювали: можливість виконувати повсякденну діяльність, самообслуговування, ступінь рухливості, відчуття нездужання, наявність тривоги або депресії. Проводилось анкетування стану здоров'я хворих через 1 місяць, півроку та через рік після ІМ.

Результати. Було виявлено, що в першій групі хворих через місяць після перенесеного ІМ середній бал після оцінки хворим стану свого здоров'я склав 5,82, через півроку – 6,20, через рік – 7,68. В другій групі хворі суб'єктивно оцінювали свій стан здоров'я як значно гірший. Через місяць після перенесеного ІМ середній бал дорівнював 4,55, через півроку – 5,68, через рік – 6,85. Найбільш часто в обох групах хворі відмічали наявність тривоги та депресії, як фактору, який значно погіршує їх стан здоров'я.

Висновки: Перенесений ІМ погіршує стан здоров'я хворих (суб'єктивно), особливо через 1 місяць після гострої судинної катастрофи. По мірі віддалення від початку захворювання стан здоров'я хворих поступово покращується. У хворих, при лікуванні яких були використані сучасні технології з своєчасним відкриттям інфаркт-залежної коронарної артерії стан здоров'я був значно кращим, як через 1 місяць – півроку, так через 1 рік після початку захворювання, що робить необхідним подальше активне впровадження перкутанних коронарних втручань у хворих з ІМ.

В.М. Корнацький¹, В.М. Михальчук², Л.О. Дяченко²

Ведення соматичного пацієнта з урахуванням наявності тривоги та депресії

¹ДУ «Національний науковий центр “Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска” НАМН України», м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає здоров'я людини як інтеграл добробуту й розвитку суспільства. В нашій державі – головним макроекономічним фактором та критичним компонентом стабільного соціально-економічного розвитку. Враховуючи нестабільну суспільно-політичну та соціально-економічну ситуації в державі, та самій

системі охорони здоров'я, що негативно впливають на стан психічного здоров'я в цілому, до 2025 року прогнозується не тільки зменшення чисельності населення на 20% але й його постаріння, а близько 55–60% громадян України страждатимуть психоневрологічними розладами. Аналізуючи дані різних джерел від 24% до 64% пацієнтів з соматичними