

- imbalance assessed by heart rate variability correlates with percent body fat and skeletal muscle, independent of body mass index. *Cleve. Clin. J. Med.*, 78(1), 91-96.
19. Kim, G.M., & Woo, J.M. (2011). Determinants for heart rate variability in a normal Korean population. *J. of Korean Medicine Science*, 26, 1293-1298.
20. Matiegka, J. (1921). The testing of physical efficiency. *Amer. J. Phys. Antropol.*, 2(3), 25-38.
21. Poddar, M.G., Kumar, V., & Sharma, Y.P. (2014). Heart Rate Variability based Classification of Normal and Hypertension Cases by Linear-nonlinear Method. *Defence Science Journal*, 64(6), 542-548.

**Сергета І.В., Гунас І.В., Ковальчук В.В., Шипицина А.В.**

**ОСОБЕННОСТИ СВЯЗЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С АНТРОПОСОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ТЕЛА ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕВУШЕК С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ГЕМОДИНАМИКИ**

**Резюме.** У практически здоровых городских девушек Подолья с разными типами гемодинамики установлены особенности корреляций между показателями вариабельности сердечного ритма и антропо-соматотипологическими параметрами тела и силой сжатия кистей. Наибольшее количество связей с показателями вариабельности сердечного ритма установлено для статистических показателей у девушек с гиперкинетическим типом гемодинамики; показателей вариационной пульсометрии - у девушек с гипокинетическим и с эукинетическим типом гемодинамики; спектральных показателей - у девушек с гиперкинетическим типом гемодинамики. Наибольшее количество связей с антропометрическими и соматотипологическими показателями установлено: для диаметров тела и показателей компонентного состава массы тела по Матейко у девушек с гипокинетическим типом гемодинамики; для силы сжатия кистей и продольных размеров тела у девушек с эукинетическим типом гемодинамики; для компонентного состава массы тела по Матейко, продольных размеров тела, ширины дистальных эпифизов конечностей и обхватных размеров тела у девушек с гиперкинетическим типом гемодинамики.

**Ключевые слова:** практически здоровые девушки, вариабельность сердечного ритма, типы гемодинамики, антропометрия, корреляции.

**Sergheta I.V., Gunas I.V., Kovalchuk V.V., Shypitsina O.V.**

**FEATURES OF THE RELATIONSHIPS OF VARIABILITY OF HEART RHYTHM WITH ANTHROPOSOMATOTYPOLICAL PARAMETERS OF THE BODY OF PRACTICAL HEALTHY GIRLS WITH DIFFERENT TYPES OF HEMODYNAMICS**

**Summary.** In practically healthy urban girls of Podillia with different types of hemodynamics, features of correlations between indicators of cardiac rhythm variability and anthropo-somatotypological parameters of the body and the force of brush compression have been established. The greatest number of connections with cardiac heart rate variability were established for statistical data in girls with hyperkinetic hemodynamic type; indicators of variation pulsometry - in girls with hypokinetic and eukinetic type of hemodynamics; of spectral indices - in girls with a hyperkinetic type of hemodynamics. The greatest number of connections with anthropometric and somatotypological indicators is established: for diameters of the body and indicators of the component composition of the body weight for Matiegka in girls with a hypokinetic type of hemodynamics; for the force of brush compression and longitudinal body size in girls with eukinetic type of hemodynamics; for the component composition of the body weight by Matiegka, longitudinal body sizes, the width of distal epiphyses of the limbs and the circumferential size of the body in girls with hyperkinetic hemodynamics.

**Key words:** practically healthy young women, heart rate variability, hemodynamics types, anthropometry, correlations.

**Рецензент - д.б.н., проф. Сарафинюк Л.А.**

Стаття надійшла до редакції 7.06.2017

Сергета Ігор Володимирович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної гігієни та екології ВНМУ ім. М.І. Пирогова, +38(050)1807005

Гунас Ігор Валерійович - д.мед.н., професор, виконавчий директор міжнародної академії інтегративної антропології, +38(067)1210005

Ковальчук Всеволод Віталійович - асистент кафедри ортопедичної стоматології ВНМУ ім. М.І. Пирогова, +38(067)7134092; vsevolod76@rambler.ru

Шипицина Олександра В'ячеславівна - к.мед.н., доцент, доцент кафедри анатомії людини ВНМУ ім.М.І. Пирогова, +38(097)4092763

© Черепій Н.В., Распутіна Л.В.

УДК: 616.233-002.2:613.84:615.851.6

**Черепій Н.В., Распутіна Л.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ЧАСТОТА ПАЛІННЯ У ОСІБ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ. ОЦІНКА ВПЛИВУ НА ПАЛІННЯ - ФОКУС НА ГРУПОВУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНУ РОБОТУ**

**Резюме.** Середній вік обстежених нами 79 осіб із вперше виявленим ХОЗЛ становив  $52,2 \pm 1,1$  роки. Серед осіб з діагностованим ХОЗЛ переважали чоловіки - 48 (60,8%), жінок було 31 (39,2%), ( $p=0,02$ ). Серед опитаних, у кого було

вперше діагностовано ХОЗЛ, 53 (67,1%) особи палили, у тому числі 7 (8,9%) були колишніми курцями. Отже, за нашими даними, паління слід розглядати, як один з основних чинників ХОЗЛ серед осіб, що вважають себе здоровими. Стаж паління становив  $15,07 \pm 0,95$  років, серед чоловіків -  $17,17 \pm 0,75$  років, серед жінок -  $12,2 \pm 1,15$  років. Індекс паління становив 13,5 пачко/роки, у чоловіків - 14,6 пачко/роки, у жінок - 12,4 пачко/роки. Встановлено, що попри високий рівень нікотинової залежності особи з вперше верифікованим діагнозом ХОЗЛ достовірно частіше виявляють бажання кинути палити. За результатами психокорекційної роботи по формуванню у 38 осіб, що палять, мотивації до відмови від паління, виявлено 11 осіб, котрі повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіків), троє учасників (7,9%) утримувались від паління 1 місяць, і ще 4 учасників (10,5%) утримувались від паління 2 тижні. Тобто, 47,3% учасників тренінгу змогли утримуватись від паління протягом 2 тижнів і більше. Не залишили паління після тренінгу 11 осіб (28,9%) (серед них 1 жінка та 10 чоловіків).

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, фактори ризику ХОЗЛ, паління, антисмокінгові програми, психокорекційна робота.

### Вступ

Проблема діагностики хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) належить до однієї з найбільш актуальних в сучасній пульмонології [8].

Дані європейських реєстрів свідчать про поширеність ХОЗЛ на рівні 10% серед осіб старших 40 років та суттєве зростання захворювання серед пацієнтів старших 70 років (до 20%). ХОЗЛ являється глобальною проблемою охорони здоров'я: за надійними прогнозами, станом на 2030 рік ця недуга стане третьою провідною причиною смерті у світі [6].

Зростання захворюваності та смертності пацієнтів на ХОЗЛ, в першу чергу, пов'язано з широким поширенням факторів ризику. Один із них є паління. Так, наприклад, у 2015 році частка дорослих американців, що палять, складала від 15% до 18%, в Європі та Україні цей показник сягав 28-30% [9, 10].

Показники смертності від ХОЗЛ серед осіб, що палять, максималні, у них швидше розвивається обструкція дихальних шляхів і задишка [2]. Поширеність ХОЗЛ у світі серед чоловіків та жінок, що палять, складає 26,2% та 23,7%, що значно перевищують такі показники в осіб, що не палять [1, 12]. Проте, варто зазначити, що це один із небагатьох факторів ризику ХОЗЛ, на який можна ефективно впливати. Світова практика показує, що лікування пацієнтів, котрі страждають на нікотинову залежність, у комплексі з іншими мірами: заборона на паління в громадських місцях, високою вартістю тютюнових виробів, високим оподаткуванням тютюнових компаній, заборона на рекламу тютюну, інформування населення про наслідки його вживання - може бути дуже ефективним для зниження та поширеності тютюнопаління [6, 7]. Саме відмова від паління та його активне лікування може розглядатись як ефективний вплив на фактори ризику хронічних неспецифічних захворювань органів дихання, особливо ХОЗЛ.

**Мета роботи:** встановити значення паління як фактору ризику виникнення ХОЗЛ, оцінити ефективність різних методів впливу на паління.

### Матеріали та методи

Обстежено 79 осіб із вперше виявленим ХОЗЛ, середній вік яких становив  $52,2 \pm 1,1$  роки. Серед осіб з діагностованим ХОЗЛ переважали чоловіки - 48 (60,8%), жінок було 31 (39,2%), ( $p=0,02$ ). Аналіз вікової структури

ри серед чоловіків та жінок із вперше діагностованим ХОЗЛ дозволив виявити наступну тенденцію. Найбільша кількість пацієнтів були у віці від 41 до 50 років. Чоловіків у цій віковій групі було 29 (59,6%), жінок - 13 (43,8%), причому достовірної відмінності між чоловіками та жінками встановлено не було ( $p=0,38$ ) (табл. 1).

У віковій групі 51-60 років більше було чоловіків, ніж жінок, відповідно: 15 (31,9%) та 7 (21,9%), ( $p=0,62$ ). Встановлено суттєве збільшення частки жінок із вперше діагностованим ХОЗЛ у віці 61-70 років. Чоловіків у цій віковій групі було 2 (4,3%), жінок - 9 (28,1%), ( $p=0,01$ ). Серед осіб старших 70 років також переважали жінки, проте недостовірно ( $p=0,92$ ).

У пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ за соціальним статусом переважали службовці, їх було 44 (55,7%), робітників - 35 (44,3%). За матеріальним забезпеченням групи розподілилися наступним чином: як добре визначене в 14 (17,7%) осіб, як середнє - у 53 (67,1%), як погане - в 11 (13,9%) осіб і, як вкрай погане, - в 1 (1,3%) особи. У дослідженні суттєво переважали особи зі середнім матеріальним забезпеченням ( $p<0,0001$ ) і найбільш рідко зустрічались пацієнти з вкрай поганим матеріальним забезпеченням ( $p<0,0001$ ).

Пацієнти з вперше діагностованим ХОЗЛ відносились до наступних клінічних груп. До групи А (низький ризик несприятливих подій у майбутньому, невелика кількість симптомів) віднесено 31 особу (39,2%), до групи В (низький ризик несприятливих подій у майбутньому, велика кількість симптомів) - 19 осіб (24,1%), до групи С (високий ризик несприятливих подій у майбутньому, невелика кількість симптомів) - 12 (15,2%) осіб і до групи D - 17 осіб (21,5%). У групах А та С достовірно

**Таблиця 1.** Статеві-вікова характеристика осіб з вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень.

Показники	Особі з вперше діагностованим ХОЗЛ, n=79		P (U test)
	Чоловіки (n=47)	Жінки (n=32)	
41-50 років	29 (59,6%)	13 (43,8%)	0,38
51-60 років	15 (31,9%)	7 (21,9%)	0,62
61-70 років	1 (4,3%)	10 (28,1%)	0,01
Старше 70 років	2 (4,3%)	2 (6,3%)	0,92

переважали чоловіки, а в групі D - жінки.

Ступінь ніотинової залежності оцінювали за допомогою тесту Фагерстрема, зацікавленість кинути палити - за формою оцінки паління, що регламентовано наказом МОЗ України № 601 від 3.08.2012 р. [3, 4].

Статистичну обробку отриманих результатів виконували на персональному комп'ютері за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програм Microsoft Excel 2003 і StatSoft "Statistica" v. 6.1, (Ліцензійна версія №BXXR901E246022FA належить медико-діагностичному центру Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова). Вірогідними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки  $p < 0,05$  [5].

### Результати. Обговорення

Серед опитаних, у котрих було вперше діагностовано ХОЗЛ - 53 (67,1%) особи, що палили, у тому числі 7 (8,9%) були колишніми курцями. Отже, за нашими даними, паління слід розглядати, як один з основних чинників ХОЗЛ серед осіб, що вважають себе здоровими (рис. 1).

Окремо ми оцінили статеву структуру осіб, що палять і виявили суттєву різницю між чоловіками та жінками. Чоловіків, котрі палили було 34 (73,9%), у той час, як жінок, що палили - 12 (26,1%) ( $p=0,0002$ ) (рис. 2).

Пацієнти, що палять були розподілені за віком таким чином: у віці до 40 років було 7 чоловіків (20,6%) та 4 жінок (33,3%), що палять. У віці від 40 до 49 років таких осіб було 13 чоловіків (38,2%) та 6 жінок (50,0%); від 50 до 59 років - 10 чоловіків (29,4%) та 2 жінок (16,7%); старше 60 років - 4 чоловіків (11,8%) (табл. 2).

Проаналізована тривалість паління у чоловіків та жінок. Аналіз стажу паління в залежності від статі виявив наступну тенденцію (табл. 3).

Жінки частіше мали стаж паління до 5 років ніж чоловіки - 8,3%. Стаж паління від 5 до 10 років відмічали чоловіки - 12(35,3%) та жінки - 5(41,7%). Стаж паління від 11 до 20 років відмічається частіше серед чоловіків та жінок, відповідно: 20 (58,8%) та 6 (50,0%). Серед осіб, що палять більше 21 року переважали чоловіки 2 (5,9%).

Стаж паління складав  $15,07 \pm 0,95$  років, серед чоловіків -  $17,17 \pm 0,75$  років, серед жінок -  $12,2 \pm 1,15$  років. Індекс паління - 13,5 пачко/роки, у чоловіків - 14,6 пачко/роки, у жінок - 12,4 пачко/роки.

Серед осіб, що палять було 27 осіб (58,7%) службовці - серед них 16 чоловіків (59,3%) та 11 жінок (40,7%) та 19 осіб робітники (41,3%) - 18 чоловіків (94,7%) та 1 жінка (5,3%).

За тестом Фагерстрема провели порівняльний аналіз між чоловіками та жінками і виявили, що 0-3 бали, що оцінюється як низька ніотинова залежність у групі осіб з ХОЗЛ не набрав ні хто, середній ступінь ніотинової залежності виявлений у 12 осіб (26,1%) з ХОЗЛ - серед них 9 жінок (75,0%) та 3 чоловіків (8,8%). Більшість

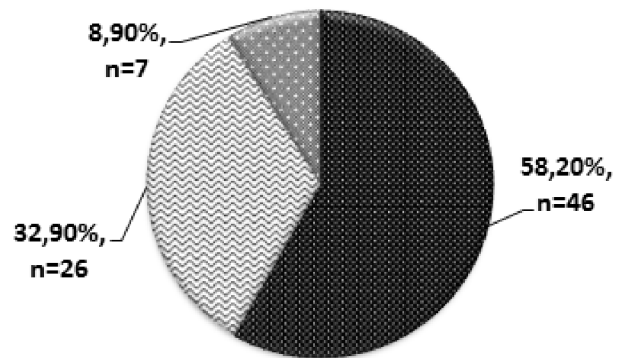


Рис. 1. Частота паління в осіб із вперше діагностованим ХОЗЛ.

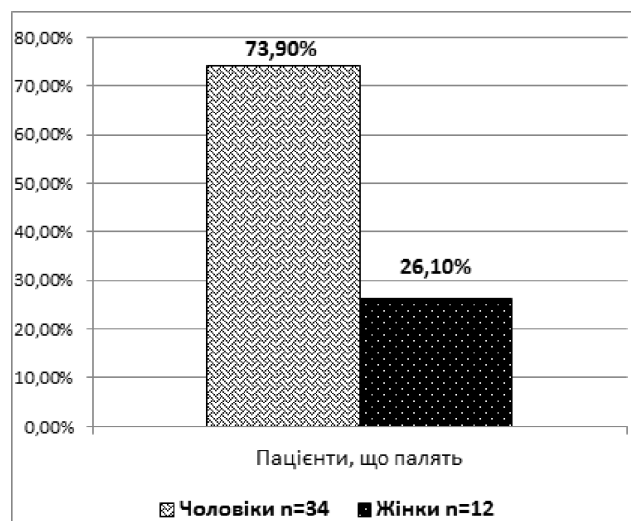


Рис. 2. Статеву структуру осіб, що палили, з вперше діагностованим хронічним обструктивним захворюванням легень.

Таблиця 2. Статеву-вікову структуру осіб, що палять, з вперше виявленим хронічним неспецифічним захворюванням легень.

Стать/Вік	До 40 років	40-49 років	50-59 років	Старше 60 років
Чоловіки, n=34	7 (20,6%)	13 (38,2%)	10 (29,4%)	4 (11,8%)
Жінки, n=12	4 (33,3%)	6 (50,0%)	2 (16,7%)	0 (0)

Таблиця 3. Тривалість паління серед чоловіків та жінок за результатами анкетування.

Стаж паління	Чоловіки (n=34)	Жінки (n=12)
До 5 років	0 (0)	1 (8,3%)
5-10 років	12 (35,3%)	5 (41,7%)
11-20 років	20 (58,8%)	6 (50,0%)
21-30 років	2 (5,9%)	0 (0)

пацієнтів (34 особи, 73,9%) з вперше виявленим ХОЗЛ мали високий рівень ніотинової залежності, серед них 3 жінки (25,0%) та 31 чоловік (91,2%) (рис. 3).

За формою оцінки паління оцінили зацікавленість кинути палити серед осіб з ХОЗЛ: у деякій мірі та значно хочуть кинути палити 27 осіб (58,7%), зовсім не хо-

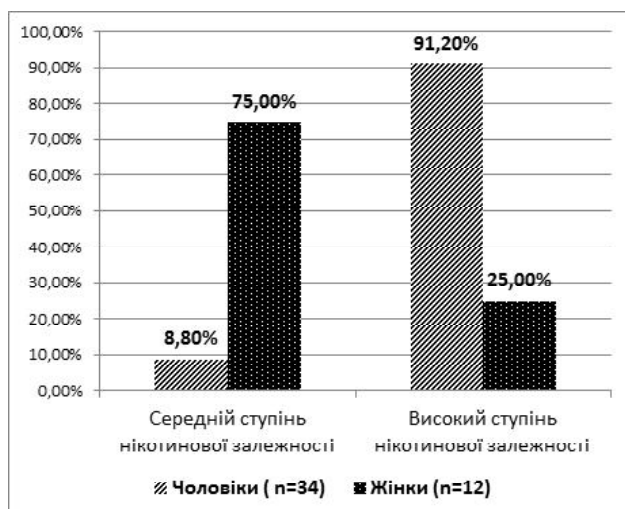


Рис. 3. Статова структура осіб, що палять, в залежності від ступеня нікотинної залежності за тестом Фагерстрема.

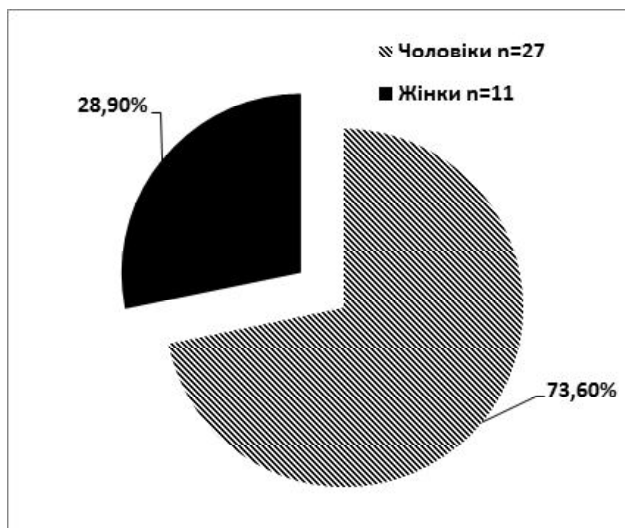


Рис. 4. Статова структура осіб, що прийняли участь у тренінгу.

**Таблиця 4.** Стативно-вікова структура осіб, що прийняли участь у психокорекційному тренінгу по формуванню в учасників мотивації до припинення паління.

Стать/Вік	До 40 років	40-49 років	50-59 років	Старше 60 років
Чоловіки, n=27	2 (7,4%)	12 (44,5%)	10 (37,0%)	3 (11,1%)
Жінки, n=11	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)	0 (0%)

чуть - 4 особи (9%). Отже, попри високий рівень нікотинної залежності встановлено, що особи з вперше верифікованим діагнозом достовірно частіше виявляють бажання кинути палити.

З усіма пацієнтами, що палять та мають вперше встановлений діагноз ХОЗЛ, була проведена бесіда щодо відмови від паління, обґрунтована шкідливість цієї звички та запропоновано обрати один із двох методів антисмокінгової терапії, що за даними літератури мають доведену ефективність. Ми пропонували обрати вико-

ристання нікотин-замісних препаратів у вигляді жувальної гумки, що містить нікотин 2 мг (Нікоретте 2 мг), 5-6 гумок на добу; або ж участь у психокорекційній роботі, метою якої є формування у учасників мотивації до припинення тютюнопаління. За результатами опитування виявили, що лише 4 осіб погодились на використання нікотин-замісної терапії (8,7%), і 42 особи виявили бажання прийняти участь у психокорекційному тренінгу.

У першому занятті прийняли участь 38 осіб: серед них було 11 жінок (28,9%) та 27 чоловіків (73,6%) (рис. 4). У віці до 40 років було 2 чоловіків (7,4%) та 3 жінок (27,3%), що палять. У віці від 40 до 49 років таких осіб було 12 чоловіків (44,5%) та 6 жінок (54,5%); від 50 до 59 років - 10 чоловіків (37,0%) та 2 жінок (18,2%); старше 60 років - 3 чоловіків (11,1%) (табл. 4).

Під час знайомства та обговорення очікувань більшість учасників доволі скептично оцінювали свої можливості у відмові від тютюнопаління та виявили певне розчарування в тому, що тренери не взяли на себе повну відповідальність за те, що всі вони обов'язково покинуть палити. В обговоренні учасники назвали деякі причини паління: були фантазії, що інші отримують задоволення, це відмітили 17 (44,8%) учасників тренінгу (6 жінок та 11 чоловіків); що це вирізняє їх серед інших (з точки зору віку учасників групи на початок паління), вказали 20 (52,6%) осіб, (5 жінок та 15 чоловіків); тиск соціального оточення (заставили в армії), вказав 1 (2,6%) чоловік.

Окрім цього, ми відмітили, що ні у кого з учасників немає картинки свого майбутнього без паління. Більшість учасників - 24 особи (63,1%) суб'єктивно визначили свій рівень залежності як психологічний, але половина з них раніше повідомляли про більші прояви фізичної залежності. Таким чином, ми можемо припустити, що вони не готові реалістично оцінювати свій стан. Під час інтерактивного обговорення отриманої інформації учасники повідомили про те, що не готові надто заглиблюватись в особливості своєї поведінки, шукати інші варіанти для зняття емоційної напруги, ніж паління.

Отже, це дає підстави зробити припущення про доволі низький рівень початкової мотивації учасників до припинення тютюнопаління.

На друге заняття прийшли 24 (63,2%) учасника із групи, що була сформована початково, серед них 10 жінок та 14 чоловіків. Присутні повідомили, що очікували цю зустріч, хочуть отримати продовження розпочатої роботи. Двоє учасниць повідомили, що минулого тижня не палили взагалі. Ще 4 учасника сказали, що утвердились у своєму рішення залишити паління. Тренери запропонували учасникам з більшою увагою поставитись до власних особистісних потреб, можливостей і обмежень. Надали лекційний матеріал стосовно базових основ психоаналітичної теорії формування залежної структури особистості та рівнів сформованості залежності за О.В. Ємельяною [5, 11].

На третє заняття прийшли 18 (47,4%) учасника із по-

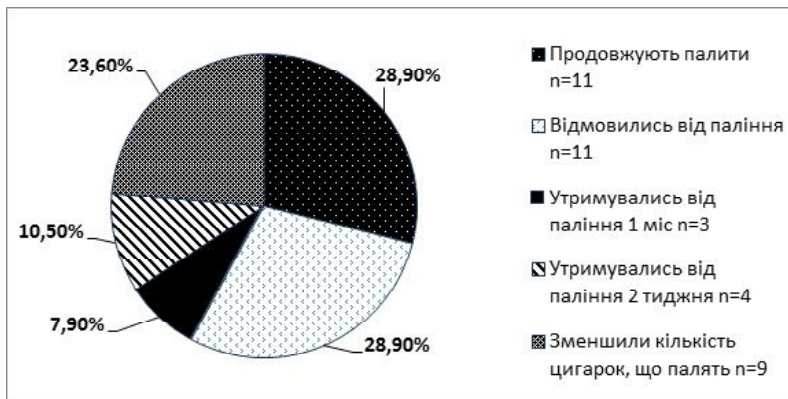


Рис. 5. Структура осіб, за результатами проведеної психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління.

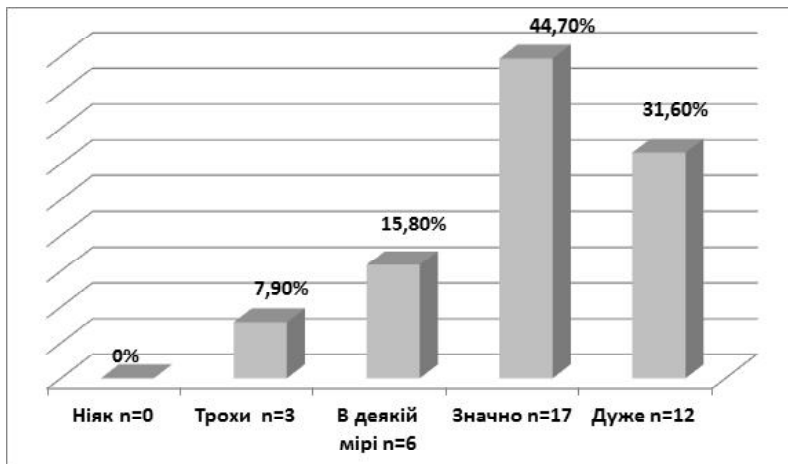


Рис. 6. Структура осіб, залежно від рівня зацікавленості відмовитись від паління.

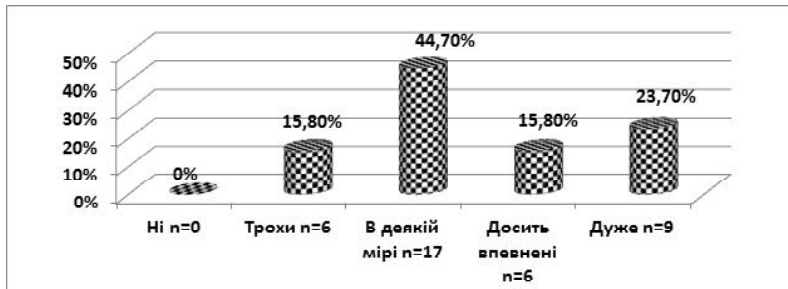


Рис. 7. Структура осіб, залежно від рівня впевненості, щодо здатності відмовитись від паління.

чаткової групи (8 жінок та 10 чоловіків). Тренери надали учасникам інформацію про модель зміни поведінки за Джеймсом Прочаска та Карлом Ді Клементе [6], відповідно до якої процес змін розділено на кілька стадій та будь-які зміни розглядаються як процес, а не випадкова одноразова подія. Учасники з цікавістю вивчали матеріал, активно пропонували власні приклади для практичного засвоєння наданої інформації. Тема виявилась надзвичайно актуальною і допомогла учасникам краще зрозуміти власну мотивацію до діяльності або бездіяльності, у тому числі успішності чи неуспішності спроб покинути паління.

Слід відмітити, що на четверте заняття виявили бажання прийти лише 7 учасників, інші пацієнти не виявили бажання для продовження роботи з психокорекції щодо відмови від паління. Спершу нами це оцінено, як невдачу. Однак ми зрозуміли, що це є відображення здатності суспільства до визнання своїх шкідливих звичок та готовності до припинення паління.

Через 1 місяць після проведення основного етапу психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління ми провели повторне анкетування учасників. Ці дані ми отримали шляхом телефонного опитування наших учасників. Виявлено, що 11 осіб (28,9%) з учасників тренінгу повідомили, що повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіків). Троє учасників (7,9%) утримувався від паління один місяць, і ще четверо учасників (10,5%) утримувалися від паління 2 тижні. Тобто, 47,3% учасників тренінгу змогли утримуватись від паління на протязі двох тижнів і більше. Не полишали паління після тренінгу 11 осіб (28,9%) (серед них 1 жінка та 10 чоловіків) (рис. 5).

При відповіді на питання про рівень зацікавленості відмови від паління учасники розподілились наступним чином: ніяк - не відмітив ніхто, "трохи зацікавлений кинути палити" - 3 учасника (7,9%), "в деякій мірі" - 6 учасника (15,8%), "значно" - 17 осіб (44,7%), "дуже сильне бажання" відмовитись від цієї звички виявили 12 учасника (31,6%) (рис. 6).

Також ми запитали наших пацієнтів чи впевнені вони, що зможуть покинути паління. Відповіді розподілились наступним чином: "трохи" відмітили 6 осіб (15,9%), "в деякій мірі" - 17 учасників (44,7%), "досить впевнені, що їм це вдасться" - 6 учасників (15,8%) і своєю впевненістю, як "дуже" відмітили 9 осіб (23,7%) (рис. 7).

Отже, якщо враховувати те, що психокорекційна робота була скорочена через відсутність достатньої кількості учасників, загальні результати ефективності проведеної роботи доволі високі. Наша гіпотеза стосовно того, що підвищення усвідомлюваної мотивації до припинення тютюнопаління сприятиме повній або частковій відмові від паління, виявилась вірною.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Серед опитаних, у яких було вперше діагностовано ХОЗЛ, 53 (67,1%) особи палили, у тому числі 7

(8,9%) були колишніми курцями. При порівнянні поширеності паління серед жінок та чоловіків з виявленим ХОЗЛ встановлено, що у другому випадку курців було достовірно більше.

2. Пацієнти, що палять з вперше виявленим ХОЗЛ, мають високий ступінь ніотинової залежності - 74%; у чоловіків рівень ніотинової залежності вищий, ніж у жінок. Серед курців із вперше діагностованим ХОЗЛ 57,8% зацікавлені кинути палити в "значній" та "деякій" мірі.

3. Після проведення 3 занять психокорекційної роботи по формуванню мотивації до припинення тютюнопаління 11 осіб (28,9%) з учасників тренінгу повідомили, що вони повністю відмовились від тютюнопаління (серед них 8 жінок та 3 чоловіків). Бажання роботи спроби

відмовитися від даної звички у подальшому виявили бажання більшість учасників тренінгу - 35 осіб (92,1%).

4. Отже, підвищення усвідомлюваної мотивації до припинення тютюнопаління сприятиме повній або частковій відмові від паління, виявилась вірною.

Ми вважаємо, що отримані дані щодо поширеності паління серед пацієнтів з ХОЗЛ ступеня ніотинової залежності й бажання відмовитися від згубної звички та аналізу отриманих результатів після проведення групової психокорекційної роботи по формуванню в учасників мотивації до припинення тютюнопаління достатньо для підтвердження доцільності використання антисмокінгових програм, оскільки відмова від паління на будь-якому етапі розвитку ХОЗЛ має позитивний вплив на перебіг та прогноз захворювання.

### Список посилань

1. Мостовой, Ю.М., Слепченко, Н.С., & Сідоров А.А. (2012). Тютюнопаління - культуральні та медико-соціальні аспекти. Вінниця: ДП "Державна картографічна фабрика".
2. Мостовой, Ю.М., Распутина Л.В., & Черепій Н.В. (2015). Діагностика симптомів хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування. *Медицина сьогодні і завтра*, 2(67), 59-65.
3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів. Наказ МОЗ України від 3.08.2012 р. № 601
4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванню легень. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555
5. Реброва, О.Ю. (2006). Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. Медиа Сфера.
6. Черепій, Н.В. (2015). Діагностика факторів ризику хронічного обструктивного захворювання легень за даними анкетування осіб організованого колективу. *Вісник ВНМУ*, 19, 448-452.
7. Фещенко Ю.И. (2011). Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легких. *Здоров'я України*.
8. Фещенко, Ю.И., Яшина, Л.А., Дзюблик, А.Я., & Гаврисюк В.Г. (2011). Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеванием легкими. *Здоров'я України*.
9. Bourbeau, J. (2010). Preventing hospitalization for COPD exacerbations. *Semin. Respir. Crit. Care Med.*, 31(3), 313-320.
10. Kim, S.J. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is associated with systemic inflammation. *Int. J. Tuberc. Lung Dis*, 19(15), 1265-1270.
11. Rashon, L. (2007). Occupational causes of obstructive pulmonary disease. *Rev. Environ. Health.*, 195-212.
12. Sidney, S., Sorel, M., & Quesenberry, C.P. (2005). COPD and incident cardiovascular disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program. *Chest*, 128, 2068-2075.

*Черепій Н.В., Распутина Л.В.*

### ЧАСТОТА КУРЕНИЯ У ЛИЦ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ. ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КУРЕНИЕ - ФОКУС НА ГРУППОВУЮ ПСИХОКОРРЕКЦИОННУЮ РАБОТУ

**Резюме.** Средний возраст обследованных нами 79 человек с впервые выявленным ХОБЛ составил 52,2±1,1 года. Среди лиц с диагностированным ХОБЛ преобладали мужчины - 48 (60,8%), женщин было - 31 (39,2%) (p=0,02). Среди опрошенных, у кого впервые была диагностирована ХОБЛ, 53 (67,1%) человека курили, в том числе 7 (8,9%) были бывшими курильщиками. Итак, по нашим данным, курение следует рассматривать как один из основных факторов ХОБЛ среди лиц, считающих себя здоровыми. Стаж курения составлял 15,07±0,95 лет, среди мужчин - 17,17±0,75 лет, среди женщин - 12,2±1,15 лет. Индекс курения составлял 13,5 пачко/года, у мужчин - 14,6 пачко/года, у женщин - 12,4 пачко/года. Установлено, что, несмотря на высокий уровень никотиновой зависимости у лиц с впервые верифицированным диагнозом ХОБЛ, достоверно чаще появляется желание бросить курить. Согласно результатам психокоррекционной работы по формированию у 38 курящих мотивации к отказу от курения, установлено 11 человек, которые полностью отказались от курения (среди них 8 женщин и 3 мужчин), трое участников (7,9%) воздерживались от курения один месяц, и еще четверо участников (10,5%) воздерживались от курения 2 недели. То есть, 47,3% участников тренинга смогли воздерживаться от курения в течение 2 недель и более. Не оставляли курение после тренинга 11 человек (28,9%) (среди них 1 женщина и 10 мужчин). **Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание легких, факторы риска ХОБЛ, курение, антисмокинговые программы, психокоррекционная работа.

*Cherepyi N.V., Rasputina L.V.*

### THE INCIDENCE OF SMOKING IN PEOPLE WITH NEWLY DIAGNOSED CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE. ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SMOKING CESSATION COURSE WITH A FOCUS ON GROUP PSYCHOCORRECTION TRAINING

**Summary.** We examined a total of 79 people with a newly diagnosed COPD with an average age of 52.2±1.1 years. Men prevailed among subjects diagnosed with COPD, namely - 48 (60.8%), women - 31 (39.2%), (p = 0.02). Among respondents with newly diagnosed COPD, 53 (67.1%) subjects were smokers, including 7 (8.9%) former smokers. So, according to our data, smoking should

be considered one of the main factors of COPD among those who consider themselves healthy. The average smoking history was  $15.07 \pm 0.95$  years, with  $17.17 \pm 0.75$  years in men, and  $12.2 \pm 1.15$  years - in women. The average smoking index was 13.5 packs/year, with 14.6 packs/year in men, and 12.4 packs/year in women. We established that despite a high level of nicotine addiction, individuals with newly diagnosed COPD significantly more often expressed a desire to quit smoking. We conducted a psychocorrection course on motivating smokers give up smoking. 38 individuals took part in the smoking cessation training. The results of the training revealed that 11 (28.9%) of the training participants reported completely quit smoking (including 8 women and 3 men). Three participants (7.9%) resisted smoking one month, and four other participants (10.5%) resisted smoking for 2 weeks. That means that 47.3% of the training participants were able to resist smoking for two weeks or longer. 11 individuals (28.9%) (including 1 woman and 10 men) failed to give up smoking after the training.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, COPD risk factors, smoking, antismoking programs, psychocorrection courses.

Рецензент - д.мед.н., проф. Константинович Т.В.

Стаття надійшла до редакції 2.06.2017 р.

Черепій Наталя Вікторівна - аспірантка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І.Пирогова, cherepiin@gmail.com

Распутіна Леся Вікторівна - д.мед.н., професор, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(0432)570813

© Макаров С.Ю.

УДК: 612.821: 616.895: 616-057

Макаров С.Ю.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул.Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ТРИВОЖНИСНИХ, АСТЕНІЧНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В ДИНАМІЦІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

**Резюме.** Під час проведених досліджень вивчені психофізіологічні аспекти розвитку тривожнісних, астенічних та депресивних проявів особистості студентів-медиків в динаміці навчального процесу. Дані, одержані в ході здійснення психофізіологічної оцінки показників, які визначають рівень вираження ситуативної тривожності засвідчували суттєве ( $p(t)_{n-k} < 0,05$ ) зростання ступеня вираження її критеріальних показників протягом навчального року. Значно більш стабільний зміст був властивим для показників особистісної тривожності, рівень якої в динаміці досліджуваного періоду хоч і зростав, проте, не набував достовірного характеру ( $p(t)_{n-k} > 0,05$ ). Отримані результати засвідчували достатньо високий узагальнений рівень вираження особистісних явищ астенічного стану, а також відзначали їх поступове та неухильне зростання протягом навчального року ( $p(t)_{n-k} < 0,01-0,001$ ). Наявність тенденцій подібного характеру підтверджували і дані структурного розподілу показників, що підлягали вивченню. Водночас під час оцінки особливостей змін в динаміці навчання з боку показників депресивного стану, на відміну від попереднього випадку, спостерігалась відсутність виражених тенденцій щодо зростання їх величин ( $p(t)_{n-k} > 0,05$ ).

**Ключові слова:** студенти, ситуативна тривожність, особистісна тривожність, астенічний стан, депресивний стан, динаміка навчального процесу.

### Вступ

У численних дослідженнях проведених протягом останніх років, встановлений суттєвий вплив на особливості здобуття учнями і студентами навчальних знань і умінь цілого ряду особистісних проявів та корелят перебігу психофізіологічної адаптації, які, власне, і забезпечують високий рівень працездатності та стресостійкості [3, 4, 5, 6, 10, 13].

Згідно із даними сучасної наукової літератури, студенти, що здобувають медичний фах, мають порівняно високий рівень депресії, тривожності, астенії та демонструють початкові ознаки емоційного вигорання [11, 12, 13, 14]. Такі прояви є суттєвою передумовою погіршення академічної успішності, зменшення вмотивованості у розвитку професійних умінь та навичок тощо [8, 9, 10].

Метою дослідження є вивчення психофізіологічних аспектів розвитку тривожнісних, астенічних та депре-

сивних проявів особистості студентів-медиків в динаміці навчального процесу.

### Матеріали та методи

Дослідження проводили серед студентів 2 курсу медичного факультету Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова відповідно на початку та наприкінці навчального року. Як провідні психофізіологічні кореляти функціонального стану організму та особливостей особистості, виходячи як із стратегії проведення спостережень, так і з позицій урахування наявних стресових реакцій, використовувались показники ситуативної і особистісної тривожності, а також астенічного і депресивного станів.

З метою оцінки особливостей ситуативної і особистісної тривожності застосовувався особистісний опитувальник Спілберґера в модифікації Ханіна, оцінки сту-