

Висновки. 1. Термин КПОЖ семантично відображає сучасні наукові уявлення про профілактику неінфекційних захворювань шляхом формування здорового збережливого способу життя. 2. Технологія оцінки антропометричних та поведінкових показувальників, представлених в апробованій нами Карте, відповідає вимогам доказової медицини та об'єктивно підтверджує ефективність немедикаментозної профілактики серцево-судинної патології.

До питання пріоритетності послуг медичної реабілітації в інвалідів із захворюваннями органів кровообігу

Н.М. Беляєва, І.В. Куриленко, О.Б. Яворовенко, Л.В. Кульчевич

НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація кардіологічних пацієнтів – це сума заходів, які необхідно провести для сприятливого впливу на основну причину захворювання, а також для забезпечення найкращих можливостей для фізичного, соціального та ментального стану хворих та інвалідів, щоб вони могли самостійно попередити або відновити нормальне положення в суспільному житті. Незважаючи на зусилля вітчизняної кардіології, ситуація з інвалідністю внаслідок серцево-судинних захворювань (ССЗ) в Україні залишається складною. Тому на даному етапі актуальним є створення на державному рівні координованої моделі для уніфікації системи реабілітації та швидкого підбору оптимального переліку реабілітаційних заходів для пацієнтів з порушенням функції кровообігу.

Відповідно Закону України «Про реабілітацію інвалідів» (2005) розроблена система медико-соціальної реабілітації інвалідів, в якій передбачені види реабілітації, учасники реабілітаційного процесу, механізми здійснення у вигляді Державної типової та Індивідуальної програм реабілітації. Державою гарантовані інвалідам послуги, заходи, засоби медико-соціальної реабілітації. Для здійснення медичної реабілітації пропонуються послуги з відновної терапії (медикаментозна терапія, фізіотерапія, психотерапія), профілактичних заходів, реконструктивної хірургії, санаторно-курортного лікування, медичного спостереження.

Мета – на підставі аналізу індивідуальних програм реабілітації (ІПР) інвалідів вивчити пріоритетність послуг медичної реабілітації (МР) у пацієнтів з порушеннями функції кровообігу.

Матеріал і методи. Проаналізовані дані ІПР в 22 областях України, до вибірки ввійшли 52 412 інвалідів з хворобами системи кровообігу за нозологіями І00-І99, крім І60-І69, І71-І74, І77-І78, І80-І83 (МКХ-10). На першому етапі дослідження визначена частота потреб інвалідів з ССЗ в різних видах медичної реабілітації (МР). На другому етапі визначені пріоритетні види МР відносно показників ефективності реабілітації. Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням стандартних пакетів Excel 97. Для аналізу отриманого матеріалу застосований метод рангової кореляції. Для оцінки різниці показників між групами застосовували t-критерій Стюдента.

Результати. Результати нашого дослідження показали, що найвище значення процент-рангу серед усіх рекомендованих методів реабілітації для інвалідів внаслідок патології системи кровообігу мали методи відновного лікування (1,0). Істотність зв'язку з показником ефективності реабілітації доведено з імовірністю 0,95. Далі в порядку зменшення вагомості МР: профілактичні заходи (0,86), санаторно-курортне лікування (0,71), медичне спостереження (0,57). П'яту рангову позицію щодо впливу на ефективність реабілітації мала реконструктивна хірургія (0,43). Зниження значення останнього показника ми аргументуємо низькою обізнаністю лікарів МСЕК показань до реконструктивної хірургії у кардіологічних хворих та малодоступністю для населення цього виду МР, а звідси і низьким відсотком надання послуги.

Висновки. Таким чином, нами була визначена пріоритетність послуг медичної реабілітації для інвалідів внаслідок патології системи кровообігу, в числі яких найбільшу вагу мають відновне лікування, профілактичні заходи, менше – санаторно-курортне лікування, що пролонгує традиційні методи лікування на процес реабілітації та позитивно впливає на її ефективність.

До питання ефективності медико-соціальної реабілітації інвалідів з хворобами системи кровообігу

Н.М. Беляєва, О.Б. Яворовенко, І.В. Куриленко, Л.В. Кульчевич, В.В. Бойко, О.Ф. Проскуріна

НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Згідно із Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2005) держава регламентує правові, економічні, соціальні умови надання інвалідам реабілітаційних послуг з урахуванням їх функціональних можливостей, потреби у виробі медичного призначення, технічних та ін. засобах реабілітації, які здійснюються відповідно до індивідуальної програми реабілітації (ІПР). В ІПР визначаються обсяги, види, строки проведення реабілітаційних заходів, необхідні види соціальної допомоги, які спрямовані на відновлення або компенсацію порушених або втрачених функцій організму, здібностей інваліда до виконання відповідних видів діяльності.

Реалізація державної політики у сфері реабілітації інвалідів повинна здійснюватись органами виконавчої влади на гарантіях прав інвалідів в області медичної, професійно-трудової, соціальної реабілітації та базуватись на загальній доступності системи реабілітації, врахуванні фізичних, психофізіологічних, соціальних особливостей реабілітантів. Повнота реалізації ІПР та її соціальний ефект залежить від організації системи реабілітації, взаємодії учасників реабілітаційного процесу, їх фахової підготовки.

Мета – дати оцінку ефективності медико-соціальної реабілітації інвалідів з хворобами системи кровообігу.

Матеріал і методи. Дослідження проведено в 22 областях України, проаналізовані дані ІПР у 52 412 інвалідів з хворобами системи кровообігу (шифр І00-99, крім І60-І69, І71-І83). Аналізувались показники: відновлення обмежень життєдіяльності, оцінка повноти виконання ІПР, потреби в подальшій реабілітації. Проведений моніторинг показників за 3 роки

(2012–2014). Використані методи: статистичний, аналітичний, метааналіз за даними ІПР.

Результати. Згідно з отриманими даними після проведення реабілітаційних заходів повністю відновили життєдіяльність і група інвалідності була знята в 1,82 %; частково – група інвалідності була знижена – в 20,12 %, заходи реабілітації не дали ефекту та була залишена попередня група інвалідності в 69,27 %, збільшилась ступінь обмеження життєдіяльності у 5,65 %, не представлено даних у 3,14 % випадків. За 3 роки спостереження збільшився показник повного та часткового відновлення життєдіяльності відповідно на 23,0 та 24,5 %, знизився показник неефективності реабілітаційних заходів на 24,8 %, погіршення стану здоров'я – на 4,7 %. У повному обсязі ІПР виконана в 34,36 % випадках, частково – в 57,28 %, не виконана – в 5,54 %, дані відсутні – в 2,82 %. Протягом спостереження показники виконання ІПР погіршились відповідно на 7,9–24,9 %. Потребує продовження реабілітаційних заходів 97,79 % інвалідів.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що позитивні результати медико-соціальної реабілітації інвалідів з патологією системи кровообігу складають 21,94–27,30 %, більша частина інвалідів залишається на попередній групі інвалідності, що сприяє накопиченню неповнофункціональних осіб у суспільстві. Оптимізація ефективності реабілітації полягає в удосконаленні організації реабілітаційного процесу, формуванні державної служби медико-соціальної реабілітації інвалідів, нормативному врегулюванні джерел фінансування, підвищенні якості роботи медико-експертних комісій.

Вплив гіперурикемії на судинно-рухову функцію ендотелію

М.С. Валігура

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Мета – визначити вплив сечової кислоти на особливості рухової функції ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) із безсимптомною гіперурикемією.

Матеріал і методи. Було обстежено 18 хворих на гіпертонічну хворобу I–II ст. з лабораторними ознаками гіперурикемії, 6 чоловіків (середній вік становив $(48,9 \pm 1,2)$ року) і 12 жінок (середній вік – $(55,4 \pm 1,5)$ року), без ознак серцевої недостатності. Показники пуринового обміну оцінювали на підставі концентрації сечової кислоти в плазмі крові хворих. Вміст сечової кислоти у крові більше 420 мкмоль/л розцінювався як гіперурикемія. Пацієнти були розподілені на дві групи: I – 7 хворих на гіпертонічну хворобу з супутньою гіперурикемією, II – 11 пацієнтів, у яких виявлено гіпертонічну хворобу без гіперурикемії. Дослідження ендотеліозалежної вазодилатації плечової артерії проводилось на ультразвуковому апараті Philips HD3 лінійним датчиком з використанням проби з реактивною гіперемією (манжетова проба за D.S. Selinger). Ендотеліозалежна вазодилатація плечової артерії вважалася нормальною при реєстрації приросту діаметра плечової артерії на 10 % і більше.

Результати. Було виявлено середній рівень сечової кислоти у I групі хворих $476,86$ мкмоль/л, у II групі – $326,4$ мкмоль/л. При цьому показники ЕЗВД ПА у I групі становили 3,14 %, у II групі – 16,24 %, що значно відрізняється від нормальних показників (N або > 10 %) і вказує на недостатню вазорелаксуючу функцію ендотелію.

Висновки. Виходячи з отриманих даних можна сказати, що наявність гіперурикемії у хворих на ГХ негативно впливає на вазорелаксуючу функцію ендотелію збільшуючи ризик розвитку небажаних серцево-судинних ускладнень (інфаркту міокарда або інсульту).

Оцінка якості життя у хворих з коморбідними станами

Л.А. Вознюк, В.К. Серкова

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Остеопоротичні переломи – одна із глобальних проблем охорони здоров'я в сучасному суспільстві. Переломи в осіб похилого віку мають найдраматичніші наслідки не лише тому, що тягнуть за собою значні економічні втрати. Важливо, що вони змінюють якість життя пацієнтів.

Мета – оцінка якості життя за допомогою спеціального опитувальника SF-36 дозволить розробити економічні моделі з профілактики і лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) і остеопорозу (ОП).

Матеріал і методи. Анкетування хворих на наявність факторів ризику ОП проводилось за допомогою стандартного опитувальника ВООЗ – SF-36. В дослідження було включено 60 пацієнок середнього віку ($(65,7 \pm 0,5)$ року) з верифікованими діагнозами ІХС і постменопаузального ОП. Діагноз остеопорозу був встановлений за допомогою денситометричного дослідження осьового скелета на денситометрі Prodigylunar фірми General Electric Medical Systems (США). Середня тривалість ОП – $(4,0 \pm 0,4)$ року. У 39 (65 %) хворих в анамнезі були компресійні переломи хребта чи низькоенергетичні переломи променевої кістки, плеча або кісток ніг. У 60 % випадків серед цих жінок в анамнезі були 2 і більше переломів за проміжок від 1 до 7 років. Стенокардію напруження (СН) функціонального класу (ФК) I мала 1 хвора, ФК II – 48, ФК III – 5 хворих. Німа ішемія міокарда спостерігалась у 9 (16 %) хворих. У 12 хворих в анамнезі був інфаркт міокарда (ІМ). Хворі були розподілені на дві групи: I – хворі на ІХС (30 осіб) та II – хворі на ІХС та ОП. Для обробки опитувальника використовувалась «Інструкція по обробці даних, отриманих за допомогою опитувальника SF-36». Статистична обробка проводилась в програмному пакеті Statistica 6.0.

Результати. У пацієнтів II групи більшість показників якості життя – фізичне і рольове функціонування, біль, загальне здоров'я, життєздатність – були гірші, ніж у I групі. Хоча значення інших шкал не відрізнялись від таких в I групі, відзначена їх помірною негативною кореляцією з віком пацієнта: для шкали соціального функціонування $r = -0,36$ ($p = 0,0006$), емоційного функціонування – $r = -0,29$ ($p = 0,005$), психічного функціонування – $r = -0,24$ ($p = 0,01$). Подібна закономірність зареєстрована і по відношенню до шкали життєздатності ($r = -0,24$, $p = 0,04$). Інші вивчені параметри були однаково низькими у осіб будь-якого віку.

Висновки. Дослідження показало, що ОП і ІХС дійсно мають схожий вплив на якість життя пацієнтів. На момент події пацієнти обох груп обмежені в самообслуговуванні, їх повсякденна активність різко знижується, вони страждають від болю, низько оцінюють своє здоров'я і не бачать перспектив лікування. Пацієнти з ІМ мають складніші в спілкуванні. Разом з тим, поєднання ОП і ІХС порівняно з ІХС тягне за собою більш виражений біль і погіршення фізичної активності.