

Журнал внесено до Переліку наукових фахових видань України  
і зареєстровано в наукометричних базах Google Scholar, «Наукова періодика України» та РИНЦ.

Національна академія медичних наук України • Асоціація кардіологів України

# УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

*Ukrainian Journal of Cardiology*



**Додаток 1/2017**

ISSN 1608-635X

Науково-практичний журнал  
Видається із січня 1994 року

Засновник:  
ДУ «Національний науковий центр  
"Інститут кардіології імені академіка  
М. Д. Стражеска" НАМН України»

## Матеріали XVIII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 20–22 вересня 2017 р.)

Головний редактор: *В.О. Шумаков*  
Наукова редакція випуску: *М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,  
А.П. Дорогой, О.І. Мітченко, О.Г. Несукай, О.М. Пархоменко,  
Є.П. Свищенко, О.С. Сичов, Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва*

### Редакція журналу

ДУ «Національний науковий центр "Інститут  
кардіології імені М. Д. Стражеска" НАМН України»  
вул. Народного Ополчення, 5  
м. Київ, Україна, 03680 МСП

Відповідальний секретар:  
О. Й. Жарінов (тел. +38 (044) 291-61-30)

Випусковий редактор:  
І. М. Чубко (iryna.chubko@gmail.com)

[www.ukrcardio.org](http://www.ukrcardio.org)

### Видавець

ТОВ «Четверта хвиля»  
просп. В. Лобановського, 119, оф. 213  
03039, м. Київ  
Тел. (44) 221-13-82  
Факс (44) 501-68-24  
E-mail: [4w@4w.com.ua](mailto:4w@4w.com.ua)  
[www.4w.com.ua](http://www.4w.com.ua)

Київ • 2017

у осіб (ІХС) – 29,4 %, інших хвороб серця – 35,5 %, хвороб великих судин, захворювань судин та церебральних патологій (МІС) – 31,9 % (частіше у чоловіків) порівняно з частотою захворювань хвороб серця (ІТІ) та ХХС – 29,9 % (від них, за винятком інших хвороб серця, померлих (208 (21,3%) осіб)).

Таблиця 2. Тривалість життя осіб з захворюваннями серця від ХХС, ІХС.

| Захворювання            | Очікувана тривалість |          | фактична |        | віхи     |        |
|-------------------------|----------------------|----------|----------|--------|----------|--------|
|                         | ж. роки              | ж. років | ж. років | % роки | ж. років | % роки |
| ІХС                     | 76,9                 | 72,9     | 59,7     | 77,6   | 70,9     | 91,8   |
| ІТІ та ХХС              | 80,7                 | 80,3     | 73,2     | 90,8   | 84,8     | 105,7  |
| МІС та ІТІ              | 80,2                 | 80,3     | 73,8     | 92,0   | 80,7     | 100,3  |
| ІС                      | 78,9                 | 77,7     | 71,8     | 92,2   | 80,7     | 102,2  |
| ІХС та ІТІ              | 82,0                 | 79,7     | 69,3     | 84,6   | 79,9     | 96,9   |
| МІС та ІХС та ІТІ       | 80,1                 | 80,8     | 69,0     | 86,6   | 77,9     | 96,2   |
| ІС та ІТІ               | 76,9                 | 75,9     | 57,7     | 74,9   | 70,9     | 91,2   |
| ІХС та ІТІ              | 87,8                 | 77,9     | 71,8     | 81,6   | 84,8     | 96,9   |
| МІС та ІТІ              | 88,9                 | 80,0     | 68,0     | 77,7   | 80,4     | 94,0   |
| ІХС та ІТІ та ІС та ІТІ | 80,0                 | 87,8     | 67,9     | 84,9   | 80,3     | 96,0   |

В табл. 2 наведено дані про тривалість життя (загалом і у працездатному віці) та різницю між ними (Δ, роки). Такі порівняння свідчать про потенційно втрачену людську потенціал у результаті смерті працездатних осіб (при ХХС у чоловіків 21 роки, у жінок 33,1), найменша тривалість життя по нозологіях була при ІС/ІТІ – 62,0 років, найбільша при ХААК – 81,4. Порівняль від старості (код Р 54) тривалість життя до старості в Україні 89,1 років (чоловіки – 87,9, жінки – 89,5). Очевидно, що той помітний біологічний рубіж, до якого ми маємо рухатися.

**Висновки.** В структурі загальної смертності при ХХС найбільше питома вага померлих в 2016 р. була при ІХС (89,0 %), ЦХХ (19,6 %), ХААК (50,4 %) і інших хвороб серця (5,2 %). Серед померлих у працездатному віці на ХХС припадало 53,7 % осіб, інші хвороби серця – 21,2 %, ЦХХ – 19,7 %, ХААК – 2,2 %. Загальна тривалість життя по окремих нозологіях суттєво відрізняється тривалість життя померлих у працездатному віці. При ХХС різниця становила у чоловіків 21 рік, у жінок – 33,1, при ІХС – 20,8 та 32,2 роки, при ЦХХ – 20,2 та 31,2 роки відповідно.

### Проект безперервного професійного навчання в державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

Д.Д. Дячук, О.Л. Зюков, Т.С. Ласиця

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ

Важливою складовою підвищення якості медичної допомоги є запровадження медико-технологічних до-

свідчень в клінічну практику, зокрема, локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), що потребує забезпечення цілеспрямованої відповідальної підготовки лікарів та молодих спеціалістів з медичною освітою (МСМО).

**Мета** – розробка та впровадження проекту онлайнового безперервного навчання лікарів та МСМО на базі науковості освітніх підрозділів Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС).

**Матеріал і методи.** Найбільш ефективним управлінням навчального процесу, на нашу думку, є застосування «адаптивного менеджменту», як системи, що дає можливість максимального наближення до клінічної практики та організаційних потреб закладу охорони здоров'я, а також одночасного застосування засобів комунікації для клінічної роботи та професійного навчання. Взаємостання інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ) дозволяє структурувати інформаційні потоки для досягнення конкретного результату в практичній медицині, на основі динамічної співпраці науковців, клінічних та освітніх підрозділів установи та застосування ІКТ було розроблено систему впровадження ЛПМД, диспансерного нагляду, профілактичних оглядів тощо. Підприємств для впровадження системи інтерактивного навчання стало ширше застосування в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС ІКТ, таких як електронна медична картка амбулаторного хворого, сайт установи, електронна бібліотека з навчальними підручниками, посібниками, навчальними та методичними матеріалами у електронному вигляді. Під час побудови освітньої моделі ми використовували андрагогічний підхід, зумовлений відсутністю нітької межі між роботою та навчанням, коли в процесі навчання вирішуються актуальні професійні задачі. Для зворотного зв'язку та визначення принципів питань щодо функціонування проекту за допомогою соціологічних анкет для анонімного анкетування нами було проаналізовано прихильність до різних форм і методів навчання лікарів та МСМО.

**Результати.** Основними джерелами щодо поповнення знань респонденти визначили: (79,2±5,1) % – Інтернет, (48,3±3,1) % – курси підвищення кваліфікації, (37,4±3) % – спеціальну літературу, (14,3±2,2) % всі джерела. Загалом, на початку навчання слухачі віддавали перевагу питанням поінформованості ((56,6±4,8) %), а не методології впровадження практичних навичок (у технології проведення профілактичного консультування були зацікавлені (27,4±4,3) %, а використання ресурсів Інтернету безосередньо у практичній роботі підтримувало (21,7±4,0) % респондентів тощо). Під час реалізації системи інтерактивного навчання через цикли тематичного удосконалення лікарів та МСМО значно виросла зацікавленість щодо методології впровадження професійних навичок.

**Висновки.** Розробка і впровадження ІКТ дозволила змістити акцент з індивідуального навчання на забезпечення розвитку всієї організації та створити умови для командного розвитку, створити власний інструментарій для нарощування «людського капіталу»; сформувати колектив, що самонавчається в залежності від поставлення перед ним завдань.

В установі реалізовано проект безперервного професійного навчання за рахунок диспансерної форми та збільшення кількості аудиторних годин, створено власну модель професійного післядипломного розвитку спеціалістів та організацій в цілому, забезпечено відповідний контроль якості освіти за рахунок ІКТ технологій та зворотного зв'язку з клінічною практикою.

### Профілактична спрямованість фізичного виховання студентів із кардіо-наскулярною патологією – виклик часу

О.В. Зеленик, Г.В. Бікова

Київський університет імені Бориса Грінченка  
Національна академія внутрішніх справ, м. Київ

У 2016 році Указом Президента України була затверджена Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорові нації».

У цьому документі, що гармонізований із рекомендаціями ВООЗ, Ради Європи, Європейського Союзу та українським законодавством, передбачається формування та реалізація політики комплексного залучення громадян до оздоровчої рухової активності як ефективного засобу сприяння зміні здоров'я та профілактики ризику виникнення кардіо-наскулярної патології – основної причини у структурі смертності в Україні.

Саме стратегія первинної персоналізованої профілактики хронічних неінфекційних захворювань не-медикаментозними засобами є важливим складовою комплексної системи охорони здоров'я XXI століття.

**Мета** – обґрунтувати доцільність впровадження у практику фізичного виховання студентів поведінки, що допоможе зберегти здоров'я і спрямованої на профілактику серцево-судинних захворювань.

**Результати.** Упродовж 2016/17 навчального року нами були проведені дослідження щодо підвищення ефективності викладання навчальної дисципліни «Фізичне виховання», орієнтованої на профілактику серцево-судинних захворювань шляхом залучення студентів до ведення поведінки, що допоможе зберегти здоров'я.

Методика формування едорозво-профілактичного стилю життя передбачала послідовну реалізацію наступних дій студентів під керівництвом та у співпраці з викладачем фізичного виховання: одновання стану соматичного здоров'я та рівня рухової підготовленості, визначення наявних факторів ризику кардіо-наскулярної патології, корегування стану здоров'я та підвищення функціонального резерву організму засобами фізичної культури і спорту.

Одновання стану соматичного здоров'я проводили за допомогою стандартизованих методик, що ґрунтуються на вимогах доказової медицини – визначення повсякденної маси тіла, окружності талії, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, – які поряд із встановленими факторами ризику слугують об'єктивними критері-

ями рівня поточного функціонування систем життєзабезпечення організму.

Ступінь розвитку рухових якостей визначався відповідно до Державних тестів.

Визначення у студентів наявних факторів ризику кардіо-наскулярної патології та повноти життєвої власної повсякденної життєвої поведінки, творчестивих знань щодо користі занять фізичними вправами, проводили методом анкетування.

Корекцію стану здоров'я та підвищення функціональних резервів організму студентів засобами фізичної культури і спорту здійснювали шляхом одновання результатів виконання персоналізованої тренувально-оздоровчої програми, складеної викладачем у форматі академічних навчальних занять, а також самостійної роботи.

**Висновки.** Попередні результати наших досліджень свідчать про зацікавленість студентів запропонованою програмою профілактики серцево-судинних захворювань для успішного навчання та підвищення якості життя.

Отже, профілактична спрямованість фізичного виховання студентів із кардіо-наскулярною патологією є викликом часу та має знайти належне відображення у навчальному процесі підготовки сучасних конкурентоспроможних фахівців.

### Обґрунтування применшення калорічного балансу при корекції ендотеліальної дисфункції

А.М. Корж

Харківський національний університет імені Г.С.Сковороди

Результати експериментальних і клінічних досліджень привели к формулюванню концепції об'єктивної ендотеліальної дисфункції (ЕД) об'єднюючої широкий спектр порушень серцево-судинної системи в цілому. ЕД представляє собою порушення взаємостання між факторами, підтримуючими гомеостаз судинної стінки і регулюючими численні функції ендотелію. При цьому определено, що дисфункція ендотелію виявляється уже на ранніх стадіях патології. По-перше, глибоке розуміння механізмів ендотеліальної дисфункції, передиспозуючих к розвитку захворювань серця і судин, дозволить досягти більш ефективної та профілактичної терапії.

При порушенні серцево-судинної системи ЕД характеризується не тільки порушеною взаємостанною, але також підвищенням синтезу ендотеліальних васоконстрикторних факторів, судинним ремоделюванням, збільшенням адгезивних процесів і зупинкованим процесом апоптозу. Специфічне зниження синтетичної активності метаболічного механізму L-аргінин-оксид азоту (NO) показує при ЕД. Більше того, помітним зниженням функції ендотеліальної синтезу NO (NOS) в культурі ендотеліальних клітин людини.