

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СОКОЛЮК АНАСТАСІЯ КОСТЯНТИНІВНА

УДК 616.12–002–84:614.23:31:355.11/7

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ
ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ХВОРИМ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ
СЕРЦЯ**

22 «Охорона здоров'я»

222 «Медицина»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ А. К. Соколюк

Науковий керівник:

Ткачук Ірина Михайлівна

доктор медичних наук, доцент

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Соколюк А. К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 “Охорона здоров’я” за спеціальністю 222 “Медицина”. – Українська військово-медична академія Міністерства Оборони України, Київ, 2023.

У дисертації представлено нове вирішення важливої задачі військової медицини щодо удосконалення медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця (ІХС) з коморбідною патологією на рівні первинної медичної допомоги, шляхом медико-соціального обґрунтування та запровадження удосконаленої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, розробленої з урахуванням сучасних медико-технологічних документів, які ґрунтуються на положеннях доказової медицини, та вимог стандартів НАТО, результатів наукових і, зокрема, власного досліджень.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що вперше обґрунтовано удосконалену пацієнт-орієнтовану модель надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією; встановлено особливості організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, на сучасному етапі; виявлено проблеми та недоліки в організації надання медичної допомоги хворим на ІХС з коморбідними станами на рівні первинної медичної допомоги; визначено готовність лікарів та військовослужбовців до впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику; дано оцінку поширеності коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ІХС, які перенесли інфаркт міокарда; удосконалено на галузевому рівні систему безперервної професійної підготовки військових лікарів з питань пацієнт-орієнтованого підходу в лікуванні хворих на ІХС з коморбідними станами (запроваджено фахову школу) та технологію залучення військовослужбовців,

хворих на ІХС до самоконтролю захворювання (впроваджено інформаційний лист). Набули подальшого розвитку дослідження щодо: особливостей поширеності факторів ризику серцево-судинних захворювань у військовослужбовців; прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових факторів ризику.

Доведено вагомий внесок хвороб системи кровообігу, зокрема ІХС, в загальну структуру захворюваності, госпітальної захворюваності та причин втрати придатності до військової служби військовослужбовців Збройних Сил України за медичними показами. Встановлено зростання захворюваності військовослужбовців на хвороби системи кровообігу з 48,95 % в 2016 році до 64,28 % в 2019 р. та деяким зниженням до 57,85 % в 2020 році з середнім темпом приросту +5,19 %. З 2016 по 2020 рр. визначено збільшення темпів приросту захворюваності на інфаркт міокарда: у військовослужбовців контрактної служби +64,9 % та офіцерського складу +27,5 %. В структурі причин дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами хвороби системи кровообігу займали в 2016-2019 рр. друге місце серед всіх класів хвороб, в 2020 р. – перше місце з середньозваженим показником $21,3 \pm 4,1$ %. Встановлено значне зростання питомої ваги ІХС в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців: цей показник збільшився з 5,8 % в 2016 р. до 11,4 % до 2020 р.

Визначено значну поширеність коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ІХС, які перенесли гострий інфаркт міокарда, зокрема артеріальна гіпертензія ($60,2 \pm 5,4$ %), стенозуючий атеросклероз сонних артерій ($55,6,2 \pm 5,4$ %); церебро-васкулярні захворювання ($37,3 \pm 5,3$ %), ожиріння ($36,1 \pm 5,3$ %), виразкова хвороба ($20,5 \pm 4,4$ %) та ін. Встановлено, що у хворих на ІХС, які перенесли гострий інфаркт міокарда, з коморбідним цукровим діабетом/порушенням толерантності до глюкози атеросклероз двох і більше судинних басейнів діагностовано у $88,2 \pm 7,8$ %, а у пацієнтів без порушення вуглеводного обміну – у $66,2 \pm 5,9$ % ($p=0,02$), що достовірно більше – в 1,3 рази.

На підставі системного аналізу чинних керівних документів Міністерства оборони України, міжнародних та вітчизняних медико-технологічних документів встановлено низку недоліків організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідними станами на амбулаторному етапі: в Воєнно-медичній доктрині України не визначено роль пацієнт-орієнтованого підходу в організації надання медичної допомоги, що є необхідним для досягнення сумісності медичного забезпечення військ в Україні зі збройними силами держав – членів НАТО; в керівних документах Міністерства оборони не регламентовано визначення факторів ризику серцево-судинних захворювань призовникам (мобілізованим) на рівні територіальних центрів комплектування та підтримки; не врегульовано питання щодо методології впровадження пацієнт-орієнтованої медичної допомоги та стратегії спільного прийняття рішень в повсякденну клінічну практику для залучення військовослужбовців, хворих на ІХС, до партнерської участі в процесі лікування та більш активної участі у самоконтролі стану здоров'я, відсутня підготовка військових лікарів в форматі безперервного професійного розвитку щодо імплементації пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику; не врегульовано питання щодо диференційованого надання медичної допомоги хворим на ІХС з коморбідними станами.

Результати дослідження засвідчили зацікавленість та готовність опитаних військовослужбовців із ІХС до впровадження принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги: більшість опитаних (87,7%) готові до виконання заходів самоконтролю стану свого здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування. Разом з цим визначено низький рівень прихильності до медикаментозного лікування у 84,7 % військовослужбовців, хворих на ІХС, низький рівень поінформованості (79,2 %) та мотивації (81,9 %) щодо необхідності лікування та недостатню прихильність до виконання рекомендацій лікаря щодо немедикаментозного лікування. Встановлено високий рівень поширеності тютюнокуріння у

військовослужбовців, хворих на ІХС – 86,1 %. При цьому більшість (56,5 %) перебувають на стадії перед-роздум зміни поведінки щодо тютюнокуріння,

Встановлено недостатню участь лікарів первинної медичної допомоги в спільному з пацієнтом ухваленні рішення і заохочення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я: 46 % опитаних обговорює з пацієнтом обсяг, мету та варіанти заходів медичної допомоги і 54 % робить це не завжди; 70,0% респондентів не враховує погляди і уподобання пацієнта при призначенні обстеження та лікування і 30 % це роблять “не завжди”; 70,0 % – не залучають пацієнтів до спільного прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги без нав'язування йому свого рішення і 30 % це роблять іноді.

Обґрунтовано та розроблено удосконалену комплексну функціонально-організаційну пацієнт-орієнтовану модель надання первинної медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями. Визначено інституційну структуру, що забезпечує системність і комплексність в лікуванні та вторинній профілактиці ІХС серед військовослужбовців, та раціональний розподіл функцій між окремими структурами, включаючи нормативно-правову, організаційно-управлінську, інформаційно-аналітичну, освітню, науково-дослідницьку, комунікативну функції, систему функціональних взаємозв'язків між структурними елементами.

Доведено позитивний результат впровадження елементів удосконаленої комплексної функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі надання первинної медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями: отримано позитивну оцінку від військовослужбовців з ІХС на запровадження інформаційного листа “Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я”: більшість респондентів (74 %) отримали нову та корисну інформацію, яка зрозуміла для сприйняття (98 %); 60 % опитаних відзначили зміну ставлення до лікування та виконання

рекомендацій лікаря з готовністю до більш активної участі у самоконтролі стану власного здоров'я та у процесі прийняття рішень щодо лікування (72 %); за результатами проведеної фахової школи “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)” пацієнт-орієнтований підхід для оптимізації медичної допомоги військовослужбовцям планують використовувати 92,9 % опитаних лікарів.

Запропонована удосконалена функціонально-організаційна пацієнт-орієнтована модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями, позитивно оцінена експертами: найбільший вплив на організацію медичної допомоги військовослужбовцям в амбулаторно-поліклінічних умовах очікується від залучення військовослужбовців до партнерської участі в процесі лікування, що підвищить прихильність пацієнтів та ефективність лікування; покращення поінформованості військових лікарів щодо спільного прийняття рішення, досягнення цільових значень артеріального тиску, холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями. Економічна ефективність оцінена експертами, як: $68,4 \pm 10,7$ % дуже висока, $21,1 \pm 9,4$ %, висока, $5,3 \pm 5,1$ %, значна та $5,3 \pm 5,1$ % помірна.

Ключові слова: пацієнт-орієнтована медична допомога, військовослужбовці, хвороби системи кровообігу, ішемічна хвороба серця, коморбідність (коморбідна патологія, мультиморбідність), захворюваність, інфаркт міокарда (гострий інфаркт міокарда), професійна освіта лікарів (безперервна освіта військових лікарів), навчання пацієнтів.

ABSTRACT

Sokolyuk A. K. Medical-social substantiation of the optimization of patient-centered care model among the military personnel with coronary artery disease. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 “Health” in specialty 222 “Medicine” (specialty “Social Medicine”).
– Ukrainian Military Medical Academy of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, 2022.

The scientific work presents a new solution to an important task in the military medicine aimed at improving medical care for servicemembers suffering with coronary artery disease (CAD) with comorbid pathology at the level of primary medical care. This is achieved through the medical-social justification and implementation of an improved patient-centered care model, developed in accordance with modern medical-technological documents based on evidence-based medicine principles and NATO standards requirements, as well as the results of scientific research, including our own.

The scientific novelty of the obtained results lies in the fact that, for the first time, an improved patient-centered care model for servicemembers with CAD and comorbid pathology has been substantiated. It identifies the features of organizing medical care for servicemembers with CAD at the modern stage, identifies problems and shortcomings in the organization of medical care for CAD patients with comorbid conditions at the level of primary medical care. It also determines the readiness of physicians and servicemembers to implement a patient-centered approach in clinical practice, assesses the prevalence of comorbid conditions among the servicemembers with CAD who have had a heart attack, improves the sectoral system of continuous professional training for military physicians in patient-centered treatment patients with CAD and comorbid conditions (by introducing a specialized school), and the technology of involving servicemembers with CAD in self-monitoring of the disease (by introducing an information leaflet). Further research has been conducted on the prevalence of risk factors for cardiovascular diseases among the servicemembers and their willingness to undergo treatment and make behavioral changes to reduce risk factors.

A significant contribution of circulatory system diseases, particularly CAD, to the overall morbidity, hospitalization rates, and reasons for military service

disqualification of Ukrainian Armed Forces personnel on medical grounds has been demonstrated. An increase in the morbidity of the military personnel due to circulatory system diseases has been identified, rising from 48,95 ‰ in 2016 to 64,28 ‰ in 2019, with a slight decrease to 57,85 ‰ in 2020, at an average growth rate of +5,19 %. From 2016 to 2020, an increase in the morbidity rates of myocardial infarction was observed: a 64,9 % increase among contract servicemembers and a 27,5 % increase among officers.

In the structure of disqualification reasons for the military personnel on medical grounds, circulatory system diseases ranked second among all classes of diseases from 2016 to 2019, and in 2020, it took the first place with an average weighted indicator of $21,3 \pm 4,1$ %. A significant increase in the relative weight of CAD within the structure of circulatory system diseases, which led to professional disqualification of the military personnel, was identified, rising from 5,8 % in 2016 to 11,4 % in 2020.

The prevalence of comorbid conditions among the military personnel with CAD who had suffered acute myocardial infarction was determined, including arterial hypertension ($60,2 \pm 5,4$ %), stenotic atherosclerosis of the coronary arteries ($55,6 \pm 5,4$ %), cerebrovascular diseases ($37,3 \pm 5,3$ %), obesity ($36,1 \pm 5,3$ %), peptic ulcer disease ($20,5 \pm 4,4$ %) and others. It was found that among patients with CAD who had experienced acute myocardial infarction and comorbid diabetes mellitus/impaired glucose tolerance, atherosclerosis in two or more vascular basins was diagnosed in $88,2 \pm 7,8$ %, while in patients without carbohydrate metabolism disorders, it was $66,2 \pm 5,9$ % ($p=0.02$), which is significantly higher by 1,3 times.

Based on a systematic analysis of current regulatory documents of the Ministry of Defense of Ukraine, international and domestic medical-technological documents, several shortcomings in the organization of medical care for the military personnel with CAD and comorbid conditions at the outpatient stage were identified: the Military Medical Doctrine of Ukraine does not define the role of a patient-centered approach in organizing medical care, which is necessary to achieve compatibility of medical support for Ukrainian forces with the armed

forces of NATO member states; the regulatory documents of the Ministry of Defense do not regulate the determination of risk factors for cardiovascular diseases in conscripts (mobilized individuals) at the level of territorial recruitment and support centers; issues related to the methodology of implementing patient-centered care model and shared decision-making strategies in daily clinical practice to engage the military personnel with CAD in partnership in the treatment process and active self-monitoring of their health are not addressed; there is a lack of continuous professional development of military physicians in the format of implementing a patient-centered approach into clinical practice, and there are no regulations regarding the differentiated provision of medical care to CAD patients with comorbid conditions.

The research results indicate the interest and readiness of surveyed the military personnel with CAD to implement patient-oriented principles of medical care. The majority of respondents (87,7 %) are willing to engage in self-monitoring of their health and participate in the decision-making process regarding their treatment. However, a low level of adherence to medication treatment was identified among 84,7 % of the military personnel with CAD, along with low levels of awareness (79,2 %) and motivation (81,9 %) regarding the necessity of treatment and insufficient adherence to physician-recommended nonpharmacological treatment. A high prevalence of tobacco smoking among the military personnel with CAD was also found, reaching 86,1 %, with the majority (56,5 %) being in the precontemplation stage regarding behavior change related to smoking.

Insufficient involvement of primary care physicians in shared decision-making with patients and encouragement of patient self-monitoring of health was identified: 46 % of respondents discuss the scope, purpose, and options for medical care with the patient, while 54 % do so inconsistently; 70,0 % of respondents do not consider the patient`s views and preferences when prescribing examinations and treatment, and 30 % do so “not always”; 70,0 % do not engage patients in

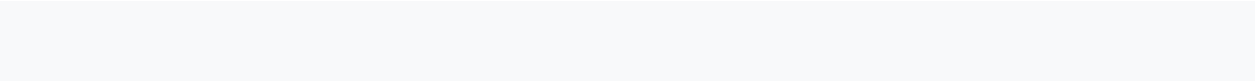
shared decision-making regarding the scope of medical care without imposing their own decisions, and 30 % do so “sometimes”.

An improved comprehensive the patient-centered care model among the military personnel with CAD and comorbid conditions has been substantiated and developed. The institutional structure ensuring systematic and comprehensive treatment and secondary prevention of CAD among the military personnel has been identified, along with a rational distribution of functions among various entities, including normative-legal, organizational-management, information-analytical, educational, research, and communicative functions, as well as a system of functional relationships between structural elements.

The positive impact of implementing elements of the improved comprehensive complex of functional and organizational the patient-centered care model among the military personnel with CAD and comorbid conditions has been validated: a new and useful information leaflet titled “Partnership in the process of treating coronary artery disease and Self-monitoring of Health’ received a positive assessment from the majority of respondents (74 %) and was understandable to them (98 %); 60 % of respondents reported a change in their attitude toward treatment and adherence to the physician's recommendations, with a willingness to become more actively involved in self-monitoring their health and decision-making regarding treatment (72 %). After attending the professional school “Patient-centered approach in outpatient practice (Patients with CAD and comorbid pathology)”, 92,9 % of surveyed physicians plan to use the patient-centered approach for optimizing medical care for the military personnel.

The proposed improved functional-organizational the patient-centered care model among the military personnel with CAD and comorbid conditions received positive evaluations from experts, particularly for its potential impact on enhancing patient adherence and the effectiveness of treatment. Economic efficiency was also deemed high by experts, with a very high rating of $68,4 \pm 10,7$ %, high rating of $21,1 \pm 9,4$ %, significant rating of $5,3 \pm 5,1$ %, and moderate rating of $5,3 \pm 5,1$ %.

Key words: patient-centered medical care, military personnel, diseases of the circulatory system (circulatory system diseases), coronary artery disease (chronic coronary syndromes), comorbidity (comorbid pathology, multimorbidity), morbidity, myocardial infarction (acute myocardial infarction), professional education of doctors (continuing professional development of military doctors), patient education



СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

В яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Комплексний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу протягом 2016-2020 років / Ткачук І. М., **Соколюк А. К.**, Туан Лінь Т. Ч., Латишенко С. В. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 1. Т.3. С. 19-25. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-019](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-019)
2. Прихильність до лікування військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця / Куц Т. В., Мороз Г.З., Казмірчук А. П., Ткачук І. М., **Соколюк А. К.** *Український журнал військової медицини*. 2022. № 2. Т.3. С. 129-136. DOI: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-129](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-129)
3. **Соколюк А. К.**, Ткачук І. М., Ткаленко О. М. Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (3). С. 132-140. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-132](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-132)
4. Ткачук І. М., **Соколюк А. К.** Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 4. С. 100-108. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-100](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-100)
5. Аналіз поширеності коморбідної патології у військовослужбовців з ішемічною хворобою серця, які перенесли гострий інфаркт міокарда / **Соколюк А.К.** та ін. *Art of Medicine*. 2022. № 3 (23). С. 111-116. DOI: [10.21802/artm.2022.3.23.111](https://doi.org/10.21802/artm.2022.3.23.111)
6. **Соколюк А. К.**, Ткаленко О. М., Ткачук І. М. Наукове обґрунтування пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця. *Український журнал військової медицини*. 2023. № 1. Т.4. С. 127-139. DOI: [10.46847/ujmm.2023.1\(4\)-127](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.1(4)-127)

7. Patient-centered care and self-management opinion of military personnel with coronary artery disease / Galina Moroz, Taras Kutch, Iryna Tkachuk, **Anastasiya Sokoluk**, Olexandr Tkalenko. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*. 2023. Vol. 76 (7). P. 1594-1599. DOI: 10.36740/WLek202307112

Які засвідчують апробацію результатів дисертації:

8. Куц Т. В., Ткачук І. М., **Соколюк А. К.** Сучасні підходи до профілактики серцево-судинних захворювань: роль військового лікаря загальної практики. *Український журнал військової медицини*. 2021. № 3. Додаток. 2. С. 41. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/20/78>

9. Пациент-ориентированный поход как ключевой элемент качества работы врачей общей практики/ Куц Т. В., Мороз Г.З., Ткачук И. М., **Соколюк А. К.** *The second Karabakh war as a new generation warfare*. The proceedings of the international scientific-practical conference dedicated to the anniversary of the victory achieved in the 44 day patriotic war. Baku, Azerbaijan. October 21–22, 2021. P 370.

10. **Соколюк А. К.**, Ткачук І. М., Безклинська. О. З. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу на амбулаторному етапі в умовах воєнного часу. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (3). Додаток. С. 75-76. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/25>

11. **Соколюк А. К.**, Ткачук І. М. Поширеність коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли інфаркт міокарда. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 22. Т. 4. С. 112. URL: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/download/238/208>

12. **Соколюк А. К.**, Мороз Г. З., Ткачук І. М. Використання навчальних тренінгів та впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги в роботу військових лікарів загальної практики-сімейної медицини. Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі: наук.-метод.

міжуніверситет. конф. з міжнар. участю. Одеса, 18–20 січня 2023 року : матеріали конф. / за ред. д. мед. н., проф. В. Г. Марічереда. [Електронне видання]. Одеса: ОНМедУ, 2023. С. 376-378.

13. Удосконалення комунікативних навичок військових лікарів та впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги на сучасному етапі / Мороз Г. З, Ткаленко О. М, Ткачук І. М, **Соколюк А. К.** 2nd International Scientific and Practical Internet Conference "Importance of Soft Skills for Life and Scientific Success". Dnipro, Ukraine, 2023. International Electronic Scientific and Practical Journal "WayScience". С.86-87. URL: <http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2023/03/Conference-Proceedings-March-9-10-2023-1.pdf>

14. **Соколюк А. К.**, Ткаленко О. М., Ткачук І. М. Удосконалення підготовки військових лікарів з питань пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Сучасні тенденції та перспективи розвитку вищої медичної (фармацевтичної) освіти в Україні: матеріали XX Всеукраїнської науково-практичної конференції в онлайн-режимі за допомогою платформи Microsoft Teams (Тернопіль, 18-19 травня 2023 року) / Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль, 2023. С. 192-193.

15. **Соколюк А. К.** Основні елементи пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією Науково-практична конференція молодих вчених Української військово-медичної академії "Актуальні аспекти військової охорони здоров'я – наукові досягнення молоді", 18-19 травня 2023 року: Тези доповідей Ч.ІІ. К: УВМА, 2023 С. 148-151.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	19
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ ТА МУЛЬТИМОРБІДНОСТІ (огляд літератури).....	29
1.1. Поширеність, медико-соціальна значимість, сучасні аспекти первинної та вторинної профілактики ішемічної хвороби серця	29
1.2. Пацієнт-орієнтований підхід, як основна стратегія удосконалення медичної допомоги в умовах коморбідності та мультиморбідності	42
1.3. Ішемічна хвороба серця у військовослужбовців: сучасний стан проблеми	46
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	53
РОЗДІЛ 3 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	62
3.1 Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця серед військовослужбовців ЗС України за 2016–2020 рр	62
3.2. Системний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців з приводу ішемічної хвороби серця (за 2016-2020 р.).....	74
3.3. Аналіз показників госпіталізованої захворюваності у військовослужбовців в 2016-2020 рр. з приводу хвороб системи кровообігу: динаміка показників щодо ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда	85
Висновки до розділу 3	93

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА	95
4.1. Поширеність коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли інфаркт міокарда.....	95
Висновки до розділу 4.....	102
РОЗДІЛ 5. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ХВОРИМ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	104
5.1. Аналіз організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця, з коморбідними станами на амбулаторному етапі	104
5.2. Оцінка задоволеності військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу, організацією надання медичної допомоги на рівні первинної медичної допомоги та визначення готовності до впровадження пацієнт-орієнтованого підходу.....	110
5.3. Комплексний аналіз прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових факторів ризику у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця	120
5.4. Аналіз ставлення лікарів щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику.....	128
Висновки до 5 розділу.....	132
РОЗДІЛ 6. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ХВОРИМ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	135
6.1. Розробка пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з	

	17
коморбідною патологією	135
6.2. Запровадження фахової школи для лікарів “Пацієнт-орієнтований підхід в лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідними станами”	150
6.3. Оптимізація залучення хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідними станами до самоконтролю захворювання. Запровадження інформаційного листа для пацієнтів з ішемічною хворобою серця «Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров’я»	154
6.4. Оцінка ефективності впровадження удосконаленої пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією.....	158
Висновки до 6 розділу.....	163
ВИСНОВКИ.....	167
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	171
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	174
ДОДАТКИ.....	225
Додаток А Карта вкопіювання даних.....	225
Додаток Б Анкета соціологічного опитування	227
Додаток В Анкета для проведення соціологічного опитування лікарів	229
Додаток Д Анкета-відгук для лікарів	231
Додаток Ж Інформаційний лист для пацієнта з ішемічною хворобою серця “Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров’я”	232
Додаток З Анкета-відгук щодо інформаційного листа “Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров’я”	235
Додаток К Картка експертного опитування	236
Додаток Л Список публікацій здобувача за темою дисертації та	

	18
відомості про апробацію результатів дисертації	237
Додаток М Акти впровадження	240

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АГ – артеріальна гіпертензія

БРА – блокатори рецепторів ангіотензину

ВЗП-СМ – Військова загальна практика-сімейна медицина

ВЛК – військово-лікарська комісія

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

ВШ – відношення шансів

ГКС – гострий коронарний синдром

ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗС – Збройні сили

ІМ – інфаркт міокарда

ІХС – ішемічна хвороба серця

іАПФ – інгібітор ангіоперетворюючого ферменту

МО – Міністерство оборони

МТД – медико-технологічні документи

НВМКЦ «ГВКГ» – Національний військово-медичний клінічний центр
“Головний військовий клінічний госпіталь”

КН – клінічна настанова

НІЗ – неінфекційні захворювання

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

СН – серцева недостатність

ССЗ – серцево-судинні захворювання

УВМА – Українська військово-медична академія

УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

ФР – фактори ризику

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

ХСК – хвороби системи кровообігу

ЦВХ – цереброваскулярні хвороби

ЦД – цукровий діабет

ЧКВ – черезшкірне коронарне втручання

ВСТУП

Актуальною невирішеною проблемою сучасної військової медицини залишаються високі показники захворюваності, смертності та дискваліфікації за медичними показами військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України з приводу хвороб системи кровообігу (ХСК) [13, 41, 112, 132, 11, 155], серед яких чільне місце окрім артеріальної гіпертензії (АГ), займає ішемічна хвороба серця (ІХС). Актуальність проблеми також зумовлена вираженим помолодшанням недуги, негативним впливом на якість і тривалість життя, істотним збільшенням ризику серцево-судинних катастроф. Статистичні дані свідчать, що в Україні протягом 1996-2014 рр. зросли: поширеність ІХС у 2,1 рази, захворюваність на ІХС у 1,6 рази і прогнозовано зростання до 2025 р. поширеності – на 63,5 % та первинної захворюваності на 61,1 % [125, 30]. За даними глобальної обсерваторії охорони здоров'я, в 2019 році показник смертності від ІХС в Україні був найвищий за відповідні показники в світі та Європі [18]. З початком повномасштабної війни в 2022 році, в найближчі роки очікуються негативні тенденції щодо зростання смертності від ІХС, цереброваскулярних (ЦВХ) та ендокринних захворювань, як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців [220, 121].

Вагоме медико-соціальне значення в сучасній клінічній практиці у хворих на серцево-судинні захворювання (ССЗ) має коморбідність, оскільки наявна супутня патологія погіршує перебіг основного захворювання, збільшує ризик інвалідизації та передчасної смерті працездатного населення; утруднює як діагностику, лікування, так і здійснення засобів вторинної профілактики, передбачає збільшення витрат у системі охорони здоров'я [260, 166, 248, 222].

Під час війни за даними Boos С. J. та співав. [338] коморбідна патологія підвищує ризик серцево-судинних подій – ймовірність смерті від ІХС збільшується в 1,57 рази.

Сучасні принципи удосконалення медичної допомоги хворим в умовах коморбідності та мультиморбідності передбачають запровадження пацієнт-орієнтованого підходу, як основної стратегії [283, 252, 251, 310, 348] задля покращення прогнозу та покращення якості життя цієї когорти пацієнтів та рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) серед пріоритетів розвитку систем охорони здоров'я в 21 столітті [296, 325]. Особливо це питання актуальне на етапі досягнення сумісності медичного забезпечення військ в Україні зі збройними силами держав – членів НАТО, держав – членів Європейського Союзу [174].

В літературних джерелах є фрагментарні відомості щодо особливостей поширеності та перебігу коморбідної патології у хворих на ІХС військовослужбовців [133, 47, 34], але відсутні дані щодо використання пацієнт-орієнтованого підходу задля покращення організації медичної допомоги цій когорти пацієнтів, що обумовило актуальність напрямку наукового пошуку, вибір теми дисертаційного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертація виконана згідно з планом науково-дослідної роботи Української військово-медичної академії (УВМА) “Епідеміологічні, терапевтичні та фармакоеконімічні особливості актуальної терапевтичної патології військовослужбовців та працівників Збройних Сил України в умовах проведення Операції об'єднаних сил”, шифр “Виднокрай”, № держреєстрації 0120U101854. Дисертантка є співвиконавцем наукової роботи.

Мета дослідження: обґрунтувати та розробити удосконалену функціонально-організаційну пацієнт-орієнтовану модель надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями.

Для досягнення мети було визначено наступні **завдання:**

1. Провести системно-історичний аналіз міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з організації медичної допомоги хворим на ІХС з урахуванням коморбідності/мультморбідності та особливостей розвитку ІХС у військовослужбовців.

2. Проаналізувати медико-соціальне значення ССЗ, зокрема ІХС, у військовослужбовців на сучасному етапі (2016-2020 рр.): захворюваність військовослужбовців на ХСК та їх вплив на показники втрати придатності до військової служби за медичними показами (2016-2020 рр.).

3. Дослідити поширеність коморбідних захворювань у хворих з ІХС, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ).

4. Провести комплексний аналіз існуючої системи організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідними станами на амбулаторному етапі, виявити існуючі проблеми та сучасні потреби на думку споживачів (військовослужбовців, хворих на ІХС) щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу. Визначити ставлення надавачів медичних послуг (лікарів) щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику

5. Здійснити медико-соціальне обґрунтування оптимізації пацієнт-орієнтованої моделі менеджменту хворих на ІХС.

6. Визначити ефективність запровадження заходів щодо реалізації удосконаленої пацієнт-орієнтованої моделі менеджменту хворих на ІХС.

Об'єкт дослідження: здоров'я військовослужбовців та система лікувально-профілактичного забезпечення військовослужбовців, хворих на ІХС

Предмет дослідження: поширеність ХСК (в т.ч. ІМ); організація медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС; поширеність коморбідних станів у хворих на ІХС; ставлення лікарів та пацієнтів щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу, пацієнт-орієнтована модель менеджменту військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідною патологією.

Методи дослідження:

- *системного підходу і системного аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу щодо організації у ЗС України медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідними станами на амбулаторному етапі та обґрунтування оптимізації пацієнт-орієнтованої моделі менеджменту хворих на ІХС з коморбідною патологією;

- *бібліосемантичний* – для проведення аналізу вітчизняних і закордонних наукових джерел інформації щодо організації медичної пацієнт-орієнтованої допомоги хворим на ІХС в Україні та провідних країнах світу;

- *епідеміологічний* – для вивчення рівнів, структури та динаміки захворюваності військовослужбовців на ІХС (в.ч. ІМ) та їх впливу на показники втрати придатності до військової служби за медичними показами;

- *соціологічний* – для вивчення думки військовослужбовців, хворих на ІХС, про існуючі проблеми та потреби щодо здійснення лікувально-профілактичної медичної допомоги та визначення готовності до впровадження пацієнт-орієнтованого підходу; для вивчення думки лікарів щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику; прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових факторів ризику (ФР).

- *медико-статистичний* – для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження статистичної інформації;

- *концептуального моделювання* – для обґрунтування розробки моделі пацієнт-орієнтованого менеджменту хворих на ІХС з коморбідною патологією;

- *експертних оцінок* – для оцінки ефективності запропонованої пацієнт-орієнтованої моделі менеджменту військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідною патологією.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що *вперше науково обґрунтовано:*

удосконалену функціонально-організаційну пацієнт-орієнтовану модель надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією;

встановлено особливості організації в ЗС України медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, на сучасному етапі;

виявлено проблеми та недоліки в організації надання медичної допомоги хворим на ІХС з коморбідними станами на рівні первинної медичної допомоги;

визначено готовність лікарів та військовослужбовців до впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику;

дано оцінку поширеності коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ІХС, які перенесли ІМ;

удосконалено:

– на галузевому рівні навчально-методичне забезпечення підготовки військових лікарів (запроваджено фахову школу);

– технологію залучення військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідними станами до самоконтролю захворювання (впроваджено інформаційний лист).

набули подальшого розвитку дослідження щодо:

– особливостей поширеності ФР ССЗ у військовослужбовців;

– прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових ФР.

Теоретичне значення дослідження полягає в доповненні теорії військової медицини в частині удосконалення системи лікувально-профілактичного забезпечення військовослужбовців, хворих на ІХС.

Практичне значення результатів дослідження полягає у тому, що вони стали підставою та використані для:

– розробки та запровадження удосконаленої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією;

– визначення потреби в організаційному та нормативному забезпеченні медичної служби ЗС України для запровадження пацієнт-орієнтованого підходу;

– розробки та запровадження фахової школи для лікарів “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ІХС з коморбідною патологією)”;

– розробки та запровадження інформаційного листа “Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров’я” для хворих на ІХС з коморбідними станами.

Впровадження результатів дослідження здійснено на галузевому рівні:

1. В освітній процес УВМА (акт впровадження від 15.03.2022; 28.04.2023 та 11.05.2023).

2. В практичну діяльність Клініки амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру “Головний військовий клінічний госпіталь” (НВМКЦ “ГВКГ”) (акт впровадження від 06.03.2023 та 27.03.2023).

3. В практичну роботу лікувально-профілактичного відділу (медичної допомоги військовослужбовцям структурних підрозділів Міністерства оборони (МО) України та Генерального штабу ЗС України НВМКЦ “ГВКГ”) (акт впровадження від 06.03.2023 та 27.03.2023).

4. В практичну роботу військової частини А 2167 (акт впровадження від 02.03.2023).

5. В освітній процес Вінницького медичного фахового коледжу ім. акад. Д. К. Заболотного (акти впровадження від 04.04.2023).

6. В освітній процес Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова (акт впровадження від 17.03.2023).

Особистий внесок здобувача.

Дисертація є самостійною науковою працею автора. Автором особисто обґрунтовано актуальність теми, визначено мету, завдання та розроблено

програму дослідження, виконано аналітичний огляд літературних джерел, проведено аналіз нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗС України.

Особисто здійснено збір, вкопювання та аналіз первинної медичної документації; розроблено інструментарій соціологічного дослідження. Автором організовано та проведено соціологічне опитування військовослужбовців та лікарів, зібрано і проаналізовано первинний матеріал, проведено статистичну обробку отриманих результатів, здійснено їх інтерпретацію. Особисто написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та запропоновано практичні рекомендації. Самостійно здійснювалася підготовка матеріалів дисертаційного дослідження до друку, написання та літературне оформлення друкованих робіт.

Запозичень ідей та розробок співавторів наукових публікацій не було.

Апробація результатів дисертації. Основні положення, висновки та практичні рекомендації дисертаційного дослідження доповідалися та обговорювалися на наукових форумах різних рівнів:

- *на міжнародному рівні*: The second Karabakh war as a new generation warfare. The proceedings of the international scientific-practical conference dedicated to the anniversary of the victory achieved in the 44-day patriotic war (Baku, Azerbaijan, October 21-22, 2021); Науково-методична міжуніверситетська конференція з міжнародною участю «Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі» (м. Одеса, 18–20 січня 2023 року); 2nd International Scientific and Practical Internet Conference "Importance of Soft Skills for Life and Scientific Success" (Dnipro, Ukraine, 2023); XX Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні тенденції та перспективи розвитку вищої медичної (фармацевтичної) освіти в Україні» (м. Тернопіль, 18-19 травня 2023);

- *загальнодержавного (всеукраїнського)*: IV Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 30-ї Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH

2021” (м. Київ, 6-8 жовтня 2021 року) та V Науково-практичної конференції з міжнародною участю “Академічні читання імені Володимира Паська в рамках 31-ї Міжнародної медичної виставки “PUBLIC HEALTH 2022” (м. Київ, 6 жовтня 2022 року); Науково-практична конференція за участю молодих вчених “Актуальні питання клінічної та профілактичної медицини: міждисциплінарні аспекти та інноваційні технології” (м. Київ, 03.11.2022);

- *галузевого*: науково-практична конференція молодих вчених УВМА «Актуальні аспекти військової охорони здоров'я – наукові досягнення молоді» (м. Київ, 18-19 травня 2023 року).

Публікації за темою дисертації. За темою дисертації опубліковано 15 наукових робіт, у т.ч. 7 наукових статей – в наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України (1 з них у виданні, які включено до міжнародної наукометричної бази Scopus), 8 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація оформлена згідно вимог чинного національного законодавства [22, 83].

Обсяг дисертації становить 250 сторінок друкованого тексту (з них 149 сторінок основного тексту), містить 30 таблиць і 21 рисунок. Дисертація має наступні основні структурні елементи: титульний аркуш; анотацію; зміст; перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів; основну частину; список використаних джерел, 9 додатків. Основна частина дисертації складається із вступу, огляду літератури, 4-х розділів власних досліджень, висновків і практичних рекомендацій.

Список використаних джерел оформлений в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків у відповідності з чинним національним законодавством [23, 83] і містить 350 джерел, з них 157 – кирилицею і 193 – латиницею.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ
СЕРЦЯ, З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ ТА
МУЛЬТИМОРБІДНОСТІ (огляд літератури)

1.1 Поширеність, медико-соціальна значимість, сучасні аспекти первинної та вторинної профілактики ішемічної хвороби серця

Серед хронічної неінфекційної патології хвороби системи кровообігу (ХСК) є визначальною медико-соціальною проблемою в Україні [98, 106, 117, 95], де за останні 20 років спостерігається тенденція до збільшення їх поширеності (у 2,5 рази) та захворюваності (у 1,5 рази) [267], що обумовлює високий рівень тимчасової непрацездатності, смертності, в тому числі передчасної, і інвалідності [154, 96, 228] з подальшим прогностичним зростанням [124, 267] та перешкодою до сталого розвитку [94].

Статистичні дані щодо випадків та причин смерті в Україні наочно демонструють [280, 44, 95, 143], що лідером виникнення фатальних серцево-судинних подій, зокрема ІМ, є ІХС, якою обумовлена кожна п'ята смерть в Україні .

Протягом останніх 19 років в Україні істотно зросла поширеність (у 2,1 разу) та захворюваність (у 1,6 разу) на ІХС, а прогностичні показники щодо поширеності та захворюваності на ІХС свідчать про тенденцію щодо їх подальшого зростання[124].

За даними Слабкий Г. О., Кошеля І. І. [105] смертність населення України внаслідок ХСК за 2015, 2020 та 2021 рр. роки зросла на 17,8 %, а внаслідок ІХС – на 21,0 % і склала 788,8 на 100 тис. населення. Смертність населення внаслідок гострого ІМ по Україні зросла на 20,0 % і склала 28,2 на 100 тис. населення.

Іванюк А. В., Орлова Н. М. [32] зазначають, що тільки в Київській області ІХС обумовлює кожний четвертий (25,0 %) випадок смерті у працездатному віці, а помирає від ІХС у 1,5–1,7 разів, а від ІМ – у 1,7–1,9 разів частіше, ніж в середньому в країні.

Поширеність ІХС в Україні прогнозовано збільшиться до 35 041,2 на 100 тис. населення у 2025 році [31].

Прогностична модель дослідників В. В. Рудень, І. М. Ковальська [97] показує тенденцію до збільшення на 1,8 рази величини екстрапольованого рівня смертності з причини гострого ІМ серед населення України у 2030 році: для чоловіків – у 1,6 рази, для жінок на +186,0 %; серед міських жителі – на +148,0 %, серед сільських мешканців - на $+15,7 \pm 0,8$ ‰, що в 2,8 рази буде більшим; серед працездатного населення – на +174,8% та осіб пенсійного віку – в 2,3 рази.

Слід зауважити, що ІХС обумовлює передчасну смертність в працездатному віці, особливо серед чоловіків, адже рівень передчасної смертності чоловіків переважає такий для жінок від 1,75 до 3-х разів [43, 49, 64] і саме в цій когорті останнє десятиліття спостерігається “над смертність” в усіх вікових категоріях, особливо серед сільського населення, [94, 312, 65, 54], що впливає на мобілізаційний, трудовий ресурс та обороноздатність країни і перешкоджає її сталому розвитку [153].

На жаль, ці тенденції поглиблюються внаслідок повномасштабного збройного конфлікту, адже спостерігається зростання втрат людських життів, насамперед передчасної смертності [140, 64], як серед цивільного населення, так і військовослужбовців, опосередковано через розвиток та прогресування хронічного захворювання або безпосередньо від впливу бойових дій. Погіршення демографічної ситуації також пов’язана з негативним впливом повномасштабної війни росії проти України в 2022 р. на якість та доступність медичних послуг [157].

Так, за даними колективу авторів Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи [157] на сучасному етапі в системі охорони

здоров'я спостерігається зосередження уваги (зокрема, фінансування) на наданні екстрених медичних послуг в збиток профілактичним заходам та лікуванню хронічних захворювань; інфраструктурна шкода через руйнування / повне знищення закладів охорони здоров'я; кадрові втрати; трансформація попиту на медичні послуг; зростання навантаження на одного медичного працівника як в регіонах, наближених до бойових дій, так і в регіонах, що прийняли основний потік біженців; руйнування шляхів, мостів та небезпеку пересування по ним, що ускладнило доступ до медичних закладів. А цей аспект надзвичайно важливий при наданні медичної допомоги у разі ургентних станів при ІХС, адже в Україні ще до початку повномасштабної війни спостерігалась негативна тенденція до збільшення кількості хворих, які померли вдома: в 2 рази більше за тих, хто помер в стаціонарі [123]. Вчасне прибуття бригади екстреної медичної допомоги зменшує шанси ускладнень від кардіоінтервенційного втручання на 55 %, а кумулятивний ризик виникнення ранніх ускладнень гострого ІМ при кардіоінтервенційному втручанні збільшується з 10-ої хвилини прибуття екстреної медичної допомоги при встановленому ЕКГ діагнозі (STEMI) в 1,9 рази; при наявності цукрового діабету (ЦД) – в 4,259 рази; палінні – в 2,988 рази; підвищеному індексі маси тіла у пацієнта – в 2 рази [14]. Крім того, на вчасність, доступність медичної допомоги в сучасних умовах впливає погіршення логістики медикаментів та медичних засобів [332, 77]; відсутність зв'язку між якістю та доступністю медичних послуг і видатками на її фінансування, брак мотивації медичних працівників до якісної праці; низький рівень профілактики та питомої ваги медичних послуг, які надаються на рівні первинної медико-санітарної допомоги; нераціональна структура системи охорони здоров'я деформація структури видатків на охорону здоров'я; відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг; низький рівень самостійності закладів охорони здоров'я при використанні кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів [100]. Ситуацію погіршило ще й те, що ВООЗ призупинила чи

обмежила роботу ключових програм, оскільки міжнародна фінансова допомога була недостатньою [116]. Катастрофічна ситуація, на жаль, зберігається на лінії зіткнення.

Дослідники вважають, що в Україні ще до початку повномасштабного збройного конфлікту, чоловіча “над смертність” формувалась, в основному, за рахунок соціально-гігієнічних факторів, шкідливих і небезпечних умов праці, нічних змін, високого рівня фізичного навантаження, нервово-емоційного напруження, частішого ніж у жінок вживання алкоголю, тютюну тощо [118].

Для подолання епідемії хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ) впроваджено ВООЗ “План дій з профілактики та контролю неінфекційних захворювань у Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр.” [170], який продовжує дію та оновлює “План дій із впровадження Європейської стратегії з профілактики та контролю неінфекційних захворювань на 2012–2016 рр.” та містить основні положення Цілей сталого розвитку [153]. На основі цих документів в Україні затверджено “Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку” [87], де зазначені заходи з організації та координації виконання Національного плану заходів; заходи з міжсекторальної взаємодії щодо підвищення рівня поінформованості та обізнаності населення з питань профілактики НІЗ; заходи із зменшення впливу ФР НІЗ на здоров’я населення та оптимізація управління та забезпечення надання медичної допомоги, а також профілактика, раннє виявлення та лікування НІЗ, а також моніторинг ФР та впровадження заходів з їх контролю. Так, саме концепція ФР та здорового способу життя є основою подолання НІЗ та є провідною у превентивній кардіології в системі первинної та вторинної профілактики [48, 215, 231, 104].

Первинна профілактика має найбільший вплив на смертність від ІХС, ніж вторинна [160]. Так, в дослідженні FINRISK шляхом впровадження в популяції стратегії первинної профілактики ССЗ зменшилась поширеність

трьох основних ФР: тютюнокуріння, рівня холестерину в сироватці крові та АГ, що і обумовило зниження смертності від ІХС на 82 % серед чоловіків і 84 % серед жінок у віці 35-64 років. При цьому науковці зазначають, що дві третини скорочення смертності (69 % чоловіків та 66 % жінок) пов'язані зі змінами у трьох основних ФР ССЗ (АГ, тютюнокуріння, гіперхолестеринемії) за допомогою програм первинної профілактики серед населення, а одну третину – іншими факторами [295], в тому числі медикаментозним лікуванням. Враховуючи позитивний результат дослідження FINRISK, в подальшому в країнах Європи (модель ІМРАСТ) [340], США [223], Великобританії [175], Шотландії [195] та ін., були проведені аналогічні дослідження, де також контроль вище зазначених трьох ФР в популяції зменшив смертність серед чоловіків та жінок, результати зменшення якої різняться залежно від країни, але науковці одностайні в свої висновках: доля впливу лікування на зниження показників смертності від ІХС становить 25–50 %, а корекція ФР – 50–75 %. Це стало підґрунтям для розробки та впровадження нової стратегії в превентивній кардіології – контроль ФР від народження, якщо не раніше, та протягом усього життя з зосередженням уваги на особах з низьким рівнем ризику та більш широке використання заходів медикаментозної корекції ФР і такий підхід також відображений в Клінічній настанові (КН) з профілактики Європейської асоціації кардіологів (2021) [164], в КН з первинної профілактики ССЗ (2019 АСС/АНА) [160].

Саме контроль цих трьох ФР відповідає за кращий пргноз у пацієнтів після перенесеного ІМ чи інсульта. Так, в проведеному дослідженні зниження поширеності цих ФР серед населення Шотландії призвели до зниження ризику смерті від ІМ з 1990 р. по 2014 р. з 30 % до 20 % [195]. Оптимальний контроль ФР ССЗ, таких як ЦД, артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія, тютюнокуріння, достатня фізична активність, раціональне харчування є ключовим компонентом вторинної профілактики, який пов'язані з кращим прогнозом у пацієнтів з ІХС [232, 165, 167, 299].

В дослідженні INTERHEART встановлено, що 9 ФР спричиняють 90 % ІМ у чоловіків і 94 % у жінок: дисліпідемія, що характеризується високим співвідношенням apoB/apoA1, куріння, АГ, ЦД, абдомінальне ожиріння, стресові психосоціальні фактори, щоденне споживання фруктів і овочів, регулярне вживання алкоголю та регулярна фізична активність [216, 292, 305].

Систематичний огляд джерел, проведений Johansson S. та співав. [268] показав, що основними ФР, що погіршує довгостроковий прогноз через 1 рік після перенесеного ІМ були: ЦД, АГ та захворювання периферичних артерій, літній вік, зниження функції нирок та інсульт в анамнезі.

Систематичний огляд та мета-аналіз 77 досліджень 58 країн світу [307]. показали, що ризик розвитку ІМ у чоловіків 18-55 років вищий, ніж у жінок такого ж віку, а основними ФР ІМ є ССЗ в сімейному анамнезі, нинішнє куріння, ЦД, дисліпідемія і АГ. Незначне підвищення індексу маси тіла та рівня тригліцеридів було пов'язане з вищим ризиком. З 2-3-кратним вищим ризиком були пов'язані рівні загального холестерину вище 200 мг/дл (5,18 ммоль/л), рівні тригліцеридів вище 150 мг/дл (3,885 ммоль/л) і рівні холестерину ліпопротеїнів високої щільності менше 60 мг/дл (1,554 ммоль/л).

Чим більша кількість ФР контролюється, тим вища ймовірність виживання хворих, зокрема з ІХС [255, 234, 178, 187, 201], тому на сучасному етапі потрібні більш ефективні стратегії для досягнення комплексного контролю ФР, зокрема використовується оцінка ризику для прогнозування 10-річних фатальних та не фатальних ССЗ в різних групах населення, наприклад у здорових людей, пацієнтам із встановленими ССЗ та хворим на ЦД [165, 315, 316, 317, 269]. Такі стандартизовані алгоритми оцінки ризику впливають на обґрунтування рішень щодо первинної профілактики чи лікування з доведеною ефективністю (початку, інтенсивності або його коригування). Інструменти прогнозування ризику сприяють інформуванню пацієнта та його родини про ризик, і це може

підвищити прихильність до виконання рекомендацій лікаря і мотивацію покращити своє здоров'я [309, 162, 167, 164, 262].

В КН з профілактики Європейської асоціації кардіологів (2021) [164] зазначено, що людям з будь-якими великими ФР ССЗ (сімейний анамнез передчасного ССЗ, сімейна гіперхолестеринемія, статус тютюнокуріння, АГ, ЦД, підвищений рівень ліпідів, ожиріння або супутні захворювання, що збільшують ризик ССЗ) потрібна систематична оцінка ризику ССЗ (рекомендація I C) незалежно від віку. Адже проблема ускладнюється ще й тим, що в останні роки відбувається “помолодшання” ІХС з серцево-судинними подіями, яка може виникнути не тільки під впливом традиційних ФР, але й нетрадиційних ФР, таких як: зловживання психоактивними речовинами, тромбофілія, коронарні аномалії, імунні захворювання, алергічні реакції та психологічні стресові фактори, унікально вносять свій внесок у профіль ризику молодих людей [250, 304, 191].

Наприклад, в дослідженні DeFilippis E. M. зі співав. [196], вживання кокаїну та/або марихуани присутнє у 10 % пацієнтів з ІМ у віці ≤ 50 років і пов'язане з гіршою смертністю від усіх причин (коефіцієнт ризику: 2,22) та серцево-судинною смертністю (коефіцієнт ризику: 1,99).

За даними Макуха Ю. М. та співавт [51, 33, 52] серед ФР ІМ у чоловіків віком до 45 років статистично значущими дослідники зазначили: наявність АГ та зниження вмісту ліпопротеїдів високої щільності на 13,6. Крім того, у них спостерігається частіше ангінозна форма клінічного перебігу; багатосудинне ураження вінцевих артерій, порушення ендотеліальної функції та агрегаційних властивостей тромбоцитів, що асоціюються із частим виявленням гіпергомоцистеїнемії, зниженням рівня тестостерону та розладами еректильної функції, яка може бути раннім маркером захворювання коронарних судин. Найчастіше в літературних джерелах зазначено, що у чоловіків до 45 років головними чинниками ризику, які призводять до розвитку гострого коронарного синдрому (ГКС), є чоловіча

стать, куріння та сімейний анамнез передчасного розвитку ІХС [19, 273, 193] куріння та ожиріння [211].

В ретроспективному когортному дослідженні (реєстр Partners YOUNG-MI) [182] з включенням пацієнтів, які перенесли ІМ у віці 50 років або молодше, на момент госпіталізації статус курця мали 52,5 %, серед них відмова від куріння протягом 1 року після ІМ була пов'язана з більш ніж на 50 % зниженням смертності від усіх причин і серцево-судинної смертності; хворіли на ЦД 20 % госпіталізованих, який був пов'язаний із гіршою віддаленою смертністю від усіх причин (коефіцієнт ризику 2,30) та серцево-судинною смертністю (2,68); встановлено, що соціально-економічні фактори також відіграють важливу роль у тривалому виживанні після ІМ (вища смертність від усіх причин на 32 %). Молоді люди можуть не мати жодного чи один традиційний ФР ІМ і вони були б класифіковані як низький ризик до їх індексної події [211], проте мають негативний, як однорічний, так і віддалений прогноз та потребують пошуку нових методів прогнозування ІХС [277] більш суворішого контролю у первинній профілактиці індексу маси тіла, артеріального тиску та холестерину [202, 230] і агресивних заходів вторинної профілактики [203, 304] з урахуванням персоніфікованого підходу [249, 188].

Найбільш поширеними класичними факторами ризику ІХС у пацієнтів в Україні є АГ, дисліпідемія і куріння [36, 199], ожиріння, ЦД [27], при цьому – у більшості осіб наявне одразу поєднання 3-4 факторів [36, 27].

Ймовірність виникнення ІХС підвищується за наявності ЦД (на 79,2 %), гіперліпідемії (на 77,3 %), куріння (на 67,7 %), гіпертензії (на 64,1 %) та позитивний сімейний анамнез ІХС (на 56,6 %) [217].

За даними І. А. Голованової та співав. [14] визначено низку факторів, які достовірно збільшують шанси виникнення ускладнень у пацієнтів після кардіоінтервенційного лікування: літня пора року з підвищенням ризику у 8 разів, повторного ІМ іншої уточненої локалізації з підвищенням ризику у 2,15 разів; наявність встановленого ЕКГ-діагнозу STEMI – підвищення

ризик у 2,2 рази; наявний ЦД – підвищення ризику у 84,2 рази; наявність супутнього ураження нирок – підвищення ризику у 4,9 рази; тютюнокуріння – підвищення ризику у 19,7 разів; підвищений показник індексу маси тіла – підвищення ризику у 26,7 рази.

Дослідження, проведене Хіміон Л. В та співав. [146], Ватагою В. В. [70] виявило деякі особливості поширеності ФР ССЗ при ГКС: на тлі нормальних показників ліпідного обміну найчастіше є першим проявом ІХС (74,3 %); незалежно від наявності дисліпідемії є АГ і нервово-емоційний стрес; для хворих із порушеннями ліпідного обміну характерним є ожиріння, а для хворих без дисліпідемії – гіподинамія; серед осіб із дисліпідемією найчастіше зустрічається комбінація чотирьох і більше ФР ССР (62,5 %), а в осіб із нормальними показниками ліпідного обміну частота поєднання кількості модифікованих ФР ССР розподіляється приблизно рівномірно.

В Україні за ініціативи ВООЗ запропонований дієвий інструмент контролю за поширенням НІЗ, який забезпечує епіднадгляд за ФР розвитку хронічних хвороб та дозволить відстежити тенденції і прогрес у профілактиці – STEPS [8], за результатами якого [21] в Україні встановлено надзвичайно високу поширеність поведінкових ФР та недостатнє виконання вимог здорового способу життя: 33,9 % населення віком 18–69 років – активні курці, серед яких половина всіх чоловіків (50,3 %) та кожний п'ятий активний курець (21 %) намагався безуспішно кинути курити; 18,7 % населення курили кальян у віковій групі 18–29 років; 19,7 % населення споживали 6 і більше доз алкоголю за епізод вживання; 66,4 % населення не споживали достатньої кількості фруктів та овочів; середнє споживання солі становило 12,6 г на добу і лише 13 % населення мали споживання солі менше ніж 5 г на день; тільки 39,6 % – мали нормальну вагу; у 34,8 % був підвищений АТ або гіпертензія, при цьому у 33,6 % раніше гіпертензія не була діагностована, 17,6 % препарати не приймали і лише 14,4 % приймали препарати та мали контрольований АТ; поширеність підвищеної глюкози в плазмі натщесерце ($\geq 7,0$ ммоль/л) – 7,1 %, з них у 3,8 % від загальної

кількості населення раніше не було діагностовано діабет; 40,7 % населення мали загальний рівень холестерину в крові $\geq 5,0$ ммоль/л або в цей час приймали препарати для зниження холестерину. В цілому 32,8 % населення мали 3–5 ФР розвитку ССЗ у 39,9 % чоловіків і 25,2 % жінок), а 60,1% – 1–2 фактори; 23,4 % населення віком 40–69 років мали 30-процентний та вищий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень, таких як інсульт або ІМ, у наступні 10 років, але тільки 36,6 % цих осіб з високим ризиком приймали препарати та консультувалися щодо профілактики ССЗ; 12,4 % повідомили про симптоми депресії за встановленим алгоритмом, проте лише 0,4 % населення пройшло лікування.

Дослідження EUROASPIRE V (2019) щодо профілактики ССЗ та ЦД показало, що в Україні: поширеність ожиріння – 38 %, тютюнокуріння – 55 %, досягнуто цільових показників АТ – 49 % випадків, досягнення цільових значень ліпопротеїдів низької щільності в 32 % випадків, контроль рівня глюкози у пацієнтів з діагностованим діабетом за рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) менше 7 % – 54 % випадків [254].

Куріння, недостатнє споживання фруктів/овочів та ожиріння є сильними незалежними предикторами розвитку мультиморбідності та існує прямий кореляційний зв'язок між кількістю ФР і подальшою мультиморбідністю, особливо при наявності трьох і більше ФР [328].

Рекомендації ESC з діагностики та ведення пацієнтів з хронічними коронарними синдромами (2019) [161], Американської кардіологічної асоціації (2023) [167], в консенсусі “Шлях узгодженого рішення експертів ACC 2022 щодо інтеграції лікування атеросклеротичних серцево-судинних захворювань і мультиморбідності: основа для прагматичного, орієнтованого на пацієнта догляду: звіт Комітету з нагляду за набором рішень Американського коледжу кардіології” [166], УКПМД та КН “Стабільна ішемічна хвороба серця” (2021) [89, 115], наголошується на необхідності комплексної оцінки перебігу ІХС, з урахуванням коморбідних станів та

захворювань, які також впливають на прогноз у пацієнтів з ІХС, зокрема тих, то вже переніс ІМ.

Так, в дослідженні Ваechli C. et al. [179] пацієнти, що перенесли гострий ІМ та мали коморбідні захворювання порівняно з пацієнтами з гострим ІМ без супутніх захворювань, мали на 26 % підвищений ризик смертності з вираженим зв'язком у молодших пацієнтів; ЦД, хронічна хвороба нирок (ХХН), хронічні обструктивні захворювання легень і захворювання периферичних артерій були пов'язані зі збільшенням показників повторної госпіталізації через 30 днів, але не було вікової залежності.

В дослідженні NHANES (США) [288] при вивченні поширеності і факторів впливу при коморбідних ІХС та АГ було з'ясовано, що частка пацієнтів з такою коморбідністю за останні 20 років зростає з 4,22 % (1999-2000 рр.) до 5,40 % (2017–2018 рр.), а вік знизився з 71 до 69 років, зростає частка пацієнтів з ускладненим ЦД, ожирінням та ХХН.

В Україні, за даними Мороз Г. З. та співав. [198], у хворих на ІХС, які перенесли ургентне та планове черезшкіпне коронарне втручання, встановлено високу поширеність коморбідності: середня кількість захворювань відповідно становила $8,2 \pm 0,3$ та $9,3 \pm 0,4$, десять і більше захворювань виявлено відповідно у $28,3 \pm 5,8$ % та у $43,6 \pm 5,6$ %, а найчастішими супутніми захворюваннями були АГ, ЦВХ, захворювання периферичних артерій, ЦД 2 типу та порушення обміну глюкози.

Очікуваним є те, що в Україні збільшиться кількість мультиморбідної патології, адже у людей, які перебувають в несприятливих соціально-економічних умовах, раніше починається та швидше накопичується мультиморбідність [321, 320, 244].

Сучасні підходи щодо лікування та вторинної профілактики ІХС ґрунтуються на численних клінічних дослідженнях та рекомендують поряд з модифікацією способу життя [185, 350] і корекцією поведінкових ФР, комбіновану фармакологічну терапію для зниження ризику повторних

ішемічних подій і покращення / полегшення симптомів. За даними дослідження ISCHEMIA [246, 185, 350] застосування оптимальної медикаментозної терапії дозволяє досягнути такого самого результату, як і проведення реваскуляризації. На сьогодні оптимальна медикаментозна терапія – найкраща й найефективніша стратегія лікування цих пацієнтів і обов'язковим її компонентом повинні бути: іАПФ/ БРА-2, бета-блокатори, антиагрегантна терапія, статинотерапія [89, 115].

Наприклад, в Швеції протягом 20-річного періоду (1995 – 2014 роки) [243] шляхом впровадження методів лікування, заснованих на доказах, у всіх пацієнтів з ІМ без підйому ST спостерігалось суттєве покращення тривалого виживання та зниження ризику нових серцево-судинних подій. Відбулось зростання призначень: реперфузія з 66,2 % до 81,7 %; первинне черезшкірне коронарне втручання: від 4,5 % до 78,0 %; подвійна антиагрегантна терапія від 0 до 89,6 %; статин: від 14,1 % до 93,6 %; бета-блокатори: від 78,2 % до 91,0 % та іАПФ/БРА-2: від 40,8 % до 85,2 %. Річна смертність знизилася з 22,1 % до 14,1%, стандартизований коефіцієнт захворюваності порівняно із загальною популяцією знизився з 5,54 до 3,74, смертність від ССЗ зменшилася з 20,1 % до 11,1 %, ІМ з 11,5 % до 5,8 %; інсульт з 2,9 % до 2,1 %; серцева недостатність від 7,1 % до 6,2 % [243].

За даними реєстру ESC EORP CICD-LT [298] в Європейських країнах серед 9174 пацієнтів з попереднім ІМ або коронарною реваскуляризацією або іншими ССЗ, які звернулись з метою звичайного амбулаторного візиту або планової процедури реваскуляризації, було встановлено поганий контроль за ФР: куріння (18,5 %), ожиріння (33,9 %), ЦД (25,8 %), підвищений рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (73,3 %) і постійну гіпертензію (24,7 %). Під час амбулаторного візиту або госпіталізації комбінацію іАПФ/БРА, бета-блокатора, аспірину, статину та будь-якого антитромбоцитарного засобу було призначено лише 57,8 % пацієнтів із STEMI/NSTEMI.

Пархоменко О. М. [72] зазначає, що в Україні причинами низької прихильності до лікування в пацієнтів із ГКС є відсутність переконаності в необхідності подвійної антиагрегантної терапії протягом 12 міс., недостатність інформативної бесіди з пацієнтом при виписці з відділення та неефективна наступність між фахівцями різних відділень одного лікувально-профілактичного лікування та/або різних етапів шляху пацієнта, відсутність розуміння тяжкості стану, низька культура та складне матеріальне становище хворого; відсутність обов'язкового медичного страхування; відсутність у системі реімбурсації усіх необхідних медикаментів згідно з міжнародними рекомендаціями; відсутність єдиного для країни маршруту для пацієнта із ГКС; відсутність національного реєстру із ГКС; економічна, правова та політична нестабільність; відсутність мотивації бути здоровим і відсутність адекватного соціального захисту населення.

За даними проспективного українського реєстру СТИМУЛ [263], прихильність до застосування всіх ліків серед 1103 пацієнтів із STEMI впродовж 24-місячного спостереження поступово знижувалась. Постійне застосування ацетилсаліцилової кислоти і статинів протягом дворічного спостереження було пов'язане з 7,0 % смертності, тоді як недотримання режиму лікування було пов'язане з 15 % ризиком смерті. Середня очікувана тривалість життя при регулярному застосуванні ацетилсаліцилової кислоти і статинів протягом 24 місяців після STEMI становила $62,3 \pm 1,1$ року і $61,2 \pm 0,9$ при нерегулярному прийомі.

Хоча на сучасному етапі доведено великий вплив особистої відповідальності та самоконтролю стану здоров'я, в Україні такий підхід не поширений серед пацієнтів: Г. О. Слабкий зі співав. [55]., Т. В. Мостепан, В. В. Горачук [62] зазначають низьку особисту відповідальність пацієнтів за власне здоров'я та недостатню лояльність до заходів вторинної профілактики – лише 20 % виконують рекомендації лікаря [62]. За їх даними дотримуються дієти лише 22,6 %, уникають активного та/або пасивного тютюнопаління – 22,2 %, підтримують масу тіла – 19,7 %, емоційну рівновагу – 17,7 %

опитаних, дотримуються режиму сну – 10,3 %; рекомендації лікаря щодо медикаментозного лікування виконують – 50,3 %, 46,3% – частково, 3,4 % – не виконують зовсім [62].

Сіренко Ю. М. [101] зазначає, що в реаліях України все, що стосується контролю ССЗ, набагато гірше, ніж за даними статистики та проведених досліджень, тому велике значення в успіху профілактики ССЗ має прихильність пацієнта до призначеного лікування [101], самоконтроль способу життя та чинників ризику ССЗ [265, 331], а також підвищення обізнаності лікарів із питань проведення профілактичного консультування [60], скринінгу ФР та менеджменту ССЗ [343].

Таким чином, в сучасному українському суспільстві надзвичайно поширені ФР ССЗ та недостатнє виконання вимог здорового способу життя, низька прихильність до лікування з недостатнім контролем ФР при лікуванні, що, на жаль, буде підтримувати дуже високі показники поширеності та смертності від ІХС. Активне вивчення причин “помолодшання” ІХС, пошук нових ФР виникнення ІХС, розробка новітніх підходів до профілактики ССЗ у молодих людей важливе не тільки для сучасної кардіології, але й для військової медицини для збереження мобілізаційного резерву та боєздатності армії.

1.2. Пацієнт-орієнтований підхід, як основна стратегія удосконалення медичної допомоги в умовах коморбідності та мультиморбідності

У реальній практиці пацієнти з хронічними формами ІХС та мультиморбідною патологією мають низьку прихильність до лікування, недотримання канонів здорового способу життя, недостатню корекцію поведінкових ФР ССЗ та низький моніторинг симптомів захворювання, що потребує визначення параметрів якості життя, які перешкоджають

досягненню мети вторинної профілактики захворювання та підвищити особисту відповідальність за стан власного здоров'я [62, 101, 79, 247, 259].

Як інструмент удосконалення надання медичної допомоги пацієнтам з хронічною патологією з урахуванням коморбідності [166], а також їх індивідуальних потреб, цінностей, цілей, бажань та індивідуальних переваг при прийнятті клінічних рішень в сучасній медичній практиці пріоритетним вважається пацієнт-орієнтований підхід [29, 206, 167, 300], який активно впроваджується за підтримки ВООЗ в усьому світі [346, 325], проте жодна країна ще не забезпечує ефективну, орієнтовану на людину, допомогу [233], особливо для людей з мультиморбідністю [286].

Підхід не суперечить вимогам доказової медицини [291], а покращує якість надання медичної допомоги пацієнтам, зокрема при ІХС, особливо за умови наявності у них мультиморбідних хронічних захворювань [167, 166, 282] та визначає реальну мету медичного втручання відповідно до уподобань пацієнта, значущості та вибору оптимального обсягу діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, які можуть привести до бажаної мети [206, 166, 252, 271], адже різноманітність особистих уподобань, культури і способу життя часто не враховується під час планування поточної медичної допомоги для лікувального менеджменту і підтримки здорової поведінки, що перешкоджає прихильності та ставить під загрозу результати пацієнтів, особливо в групах високого ризику [291], оскільки після перших 6 місяців терапії різко зменшується прихильність до лікування [324].

Пацієнт-орієнтована медична допомога базується на повазі до всіх залучених сторін, ефективному обміні інформацією, участі пацієнтів та їхніх родин у процесі лікування та прийнятті рішень, справжніх партнерських стосунках між пацієнтами, їхніми сім'ями та всім персоналом закладу первинної медичної допомоги та включає вісім принципів: повага до цінностей, переконань, озвучених потреб пацієнта; емоційна підтримка та зменшення страху; координація та інтеграція догляду, залучення сім'ї та друзів; інформація, комунікація, навчання; безперервність та наступність

медичної допомоги; фізичний комфорт та зменшення болю; своєчасний і безбар'єрний доступ [152, 66].

ВООЗ приділяє значну увагу залученню пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я та результатів лікування, як складової партнерської участі пацієнтів в організації медичної допомоги [122], що передбачає участь у спільному ухваленні рішень лікарем і пацієнтом [276]. При цьому обидві сторони повинні розуміти найкращі доступні докази щодо ризиків, переваг і наслідків доступних варіантів, а рішення про лікування відображає інформовані цінності та переваги пацієнта щодо результатів різних варіантів.

Наприклад, для залучення пацієнтів щодо статинотерапії та високої прихильності до їх прийому Navar A. M та співав. [275] запропонували модель для ефективного спільного прийняття рішення: 1) оцінка пріоритетів пацієнтів, передбачуваного ризику та попереднього досвіду зниження ризику серцево-судинних захворювань; 2) розробка рекомендацій щодо терапії на основі ризику захворювання пацієнта, рекомендацій щодо настанов, даних нових клінічних випробувань та переваг пацієнта; 3) повідомлення цієї рекомендації разом із ризиками, перевагами та альтернативами терапії відповідно до найкращих практик для обговорення ризиків; 4) прийняття спільного рішення з пацієнтом, його періодичним переглядом, оскільки фактори ризику та пріоритети пацієнта змінюються.

Важливе значення для прийняття рішень пацієнтами має надання їм необхідної інформації спеціально розробленими засобами, такими як інформаційні листи, відео або веб-інструменти [276], індивідуальні консультації, групові навчальні заняття, коучинг по телефону, технології для моніторингу симптомів і втручання щодо зміни психологічної поведінки, школи здоров'я [336, 212, 35], посібники для прийняття рішень [333] тощо.

Коли є узгоджене з пацієнтом рішення, лікарі можуть краще використовувати мотиваційні підходи для сприяння зміні поведінки, подолання клінічної інерції та сприяння саморегуляції та селф-менеджменту (самоуправління) пацієнтами всього процесу лікування та реабілітації [66].

Тобто акцент зроблено на підвищення медичної (санітарної) грамотності пацієнта як одного з механізмів підвищення прихильності до лікування [224], контролю симптомів захворювання [102] та моніторингу результатів, оскільки збільшується кількість пацієнтів, які хочуть бути активними учасниками лікувального процесу та володіти повною інформацією про стан здоров'я (пацієнти з хронічними захворюваннями) [66, 236, 287]. Покращення досвіду пацієнтів є фундаментальним компонентом лікування, орієнтованого на пацієнта, і однією з ключових стратегій для покращення якості медичної допомоги та її результатів [281].

В систематичному огляді, що включало 89 досліджень, інформація та знання про захворювання та їх лікування, спілкування, довіра у стосунках між пацієнтом і лікарем, підтримка та адекватні ресурси виявилися критично важливими складовими у дотриманні лікування з точки зору пацієнта. Отже, краща комунікація та краща інформація про ліки є одними з критичних факторів для пацієнтів [224].

В нещодавно опублікованих результатах інтерв'ю пацієнтів, хворих на ІХС, в 5 країнах світу підкреслено, що пацієнти потребують підвищення обізнаності щодо ознак та симптомів захворювання, постійної емоційної підтримки для подолання стресу, тривоги та депресії, що з їх погляду, вимагає більше простору для діалогу з медичними працівниками, щоб отримати більш повну та “зручну для пацієнта” інформацію [323, 181].

Оскільки пацієнт-орієнтований підхід абсолютно новий для медичної практики, то важливе значення має підвищення обізнаності лікарів щодо недирективного підходу до консультування та нових типів консультаційних процедур (ефективних навичок комунікації, сприяння забезпеченню поваги, гідного та емпатійного ставлення, мотиваційного інтерв'ювання, повідомлення поганих новин, планування сім'ї, зменшення стресу та посилення соціальної підтримки, а також активізації участі в повсякденній діяльності) та навчання щодо участі їх в спільному з пацієнтом ухваленні рішень [336, 212, 76].

Проведене Рингач Н. О. [313] інтерв'ю серед українських лікарів показало, що практично всі лікарі розуміють потребу у додатковому навчанні й отриманні навичок і інструментів просвітньої роботи з пацієнтами та їхніми близькими.

Слід зауважити, що в стандарті НАТО “AJMedP-8 Medical Doctrine for Military Health Care” (Медична доктрина військової охорони здоров'я) [174] зазначено, що військова охорона здоров'я повинна бути спрямована на надання профілактичних послуг та медичних послуг, які орієнтовані на пацієнта. В “Воєнно-медичній доктрині” в Україні [84] проголошена профілактична спрямованість діяльності системи охорони здоров'я військовослужбовців, проте не визначено роль пацієнт-орієнтованого підходу в організації надання медичних послуг.

1.3. Ішемічна хвороба серця у військовослужбовців: сучасний стан проблеми

ХСК, зокрема ІХС, мають важливе медико-соціальне значення для військовослужбовців. Чорна Л. М. та співав. (2015) [11] зазначають, що захворюваність військовослужбовців ЗС України на ХСК з 2008 по 2012 рр. мала середній темп приросту за цей період +12,6 %. Безперечним лідером в структурі захворюваності по нозологічним формам в класі ХСК у військовослужбовців офіцерського складу та за контрактом є АГ з середньозваженим показником 44,37 % та 37,85 % відповідно. ІХС в структурі класу ХСК займала 4 місце у військовослужбовців офіцерського складу (середньозважений 7,54 %; 4,82 ‰) та 5 місце у військовослужбовців за контрактом (6,26 %; 2,82 ‰). Як зазначає Чорна Л. М., Устінова Л. А. (2013) [155] госпіталізована захворюваність військовослужбовців офіцерського складу внаслідок ХСК з 2006 по 2010 рр. зросла з 42,6 ‰ до 61,5 ‰, а в структурі госпіталізованої захворюваності з приводу ХСК за цей же період ІХС займала третє місце у цього контингенту осіб [155].

У військовослужбовців контрактної служби з 2006 по 2013 рр [13] ХСК в структурі госпіталізованої захворюваності займали третє місце, а структуру госпіталізованої захворюваності та вклад ІХС за зазначений період в літературних джерелах виявити не вдалось.

Проведений Ткачук І. М. [132] аналіз звітів Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони (МО)України (форма 4 МЕД) щодо визначення придатності до військової служби осіб офіцерського та рядового складу за контрактом, офіцерського та рядового складу за мобілізацією, військовослужбовців строкової служби за 2012–2016 років показав, що частка ІХС в дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами становила серед класу ХСК 5,8 %, 7,0 %, 8,5 %, 10,1 % та 12,4 % за вище зазначені роки відповідно з середньозваженим показником $8,8 \pm 1,0$ з постійною тенденцією до підвищення показників.

З 2012 по 2016 рр. Ткачук І. М. встановлено зростання рівня захворюваності на ХСК у військовослужбовців офіцерського складу з 73,4 % в 2012 р. до 90 % в 2016 р., в структурі класу ХСК у даного контингенту осіб ІХС займала 4 місце з середньозваженим показником ($7,7 \pm 1,9$ %). Встановлено найвищі темпи зростання захворюваності на ХСК з 2012 по 2016 рр. у рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщиків (мічманів) за контрактом протягом 2012-2016 рр.: з 46,4 % в 2012 р. до 70 % в 2016 р. З середнім темпом приросту +4,72 %; ІХС в структурі захворюваності займала п'яте місце з середньозваженим показником $5,86 \pm 1,46$ % та тенденцією до зростання (+0,87 %) [128].

Модифікація способу життя [185, 350, 303] і корекція поведінкових ФР є доказовим підґрунтям для профілактики ССЗ у військовослужбовців та є важливими складовими в менеджменті ІХС у військовослужбовців [204].

Хоча акцент в сучасній медичній практиці зроблено на ФР ССЗ, що модифікуються, в дослідженні Dimovski K. зі співав. [213] зазначено, що при запровадженні здорового способу життя відбувається зниження приблизно на 40 % відносного та 10-річного кумулятивного ризику розвитку ІХС у різних

верствах ФР, які не піддаються модифікації, включаючи вік, стать, рівень освіти та історію ІМ у батьків. Ці висновки підтверджують корисність профілактики ІХС, орієнтованої на спосіб життя, серед підгруп із вищим немодифікованим ризиком у загальній здоровій популяції.

Mirzaeiour F. та співав [177] оцінили вклад ФР в розвиток ІХС у військовослужбовців в Ірані: ЦД підвищує ймовірність виникнення ІХС на 79,2 %, гіперліпідемія – на 77,3 %, куріння – 67,7 %, АГ – на 64,1 %, позитивний сімейний анамнез – на 56,6 % відповідно.

В дослідженні The Millennium Cohort Study [335], яке проводиться впродовж останніх 20 років в когорті військовослужбовців, було виявлено: участь в бойових діях корелює з різними варіантами нездорової поведінки: з більш частим вживанням алкоголю, тютюну, порушенням сну; крім того, участь в бойових діях та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) корелює з діагнозом ІХС [242].

Про високу поширеність поведінкових ФР в когорті військовослужбовців повідомляється в численних дослідженнях як вітчизняних [9, 134, 80, 130, 138, 131], так і зарубіжних авторів серед військовослужбовців США [278], Сербії [294], Польщі [337], Великобританії [204], Південної Кореї [183] та ін.

Walker L. E. зі співав. (2019) [345] зазначають, що виникнення ССЗ пов'язане з військовою службою (відношення шансів (ВШ)=1,34; $P<0,001$). Під час виконання службових обов'язків на військовослужбовців діють потужні стресори, зокрема участь в бойових діях, травматичний досвід, вплив токсичних речовин, отримання поранень, що може вплинути на фізичне здоров'я під час і після військової служби [335].

Бойовий досвід має низький, проте існуючий зв'язок, з підвищеним ризиком серцево-судинної смерті, зокрема від ІХС [338].

Слід зауважити, що поширеність ФР ССЗ (тютюнокуріння, ожиріння, АГ) у військовослужбовців значно вища, ніж у цивільного населення [200]. Так, у військовослужбовців ЗС США статистично достовірно рідше був

zareєстрований нормальний АТ у військовослужбовців (30 %), автори пов'язують таку поширеність зі стресом, бойовими діями, вживанням тютюну та алкоголю або неправильним харчуванням; поширеність тютюнокуріння в обох групах становило приблизно 20 %, багато молодих військовослужбовців повідомляли, що почали курити після залучення до армійського життя; у третини обох груп реєструвався нормальний індекс маси тіла, але він не зберігається у військовослужбовців чоловічої статі в старшому віці. Подібні дані були отримані в когорті військовослужбовців та цивільних Камеруну: частка курців – 12,59 % проти 9 %, алкоголізм 60,74 % проти 13,24 %; ожиріння 58,15 % проти 40,18 % та частка осіб із високим серцево-судинним ризиком 14,81 % проти 7,76 % [190].

О'Donnell F. L. зі співав. [278], встановлено, що в армії США протягом 2007-2016 рр. у 18,1 % усіх військовослужбовців був діагностований принаймні один із п'яти ФР ССЗ, у 0,6 % – було діагностовано принаймні одне з чотирьох досліджених ССЗ. Найбільш часто діагностованими ФР були (у порядку зменшення частоти): ожиріння, гіперліпідемія, АГ, аномальний рівень глюкози в крові та ЦД, а частота як ФР, так ССЗ прогресивно зростала з віком.

Мороз Г. З. та співав. [80] зазначають значну поширеність у військовослужбовців ЗС України тютюнокуріння, недостатню фізичну активність, порушення режиму харчування з переважанням вечірнього прийому та уподобанням щодо жирної, жареної їжі та копченостей, недостатнім споживанням овочів та фруктів; високий рівень психоемоційної напруги на робочому місці.

Звертає на себе увагу висока поширеність серед військовослужбовців багатьох країн [158, 342, 214] такого ФР, як тютюнокуріння, враховуючи його вклад в розвиток серцево-судинної патології, зокрема ІХС, адже стратегія припинення тютюнокуріння розглядається як найбільш економічно ефективна стратегія профілактики ССЗ, як первинної [160], так і вторинної [164, 167]. Проте надзвичайно велике занепокоєння викликає висока

поширеність тютюнокуріння серед військовослужбовців ЗС України з тенденцією до неухильного значного підвищення [37, 138, 129], зокрема у учасників бойових дій та учасників бойових дій, хворих на АГ. Так, встановлено зростання поширеності тютюнокуріння у військовослужбовців Київського гарнізону з 42,2 % в 2010-2011 рр. до 64,3 % в 2016-2017 рр.; поширеність у військовослужбовців-учасників бойових дій – 63,3 %, при цьому 35,2 % з них не бажали позбутись цієї звички; у військовослужбовців учасників бойових дій, хворих на АГ, поширеність становила 48,2 % [129]. В умовах повномасштабного збройного конфлікту очікується ще більше зростання, адже в великих проспективних когортних дослідженнях [334, 341, 266] було встановлено, що під час проведення бойових дій зростає рівень поширеності тютюнокуріння серед військовослужбовців, адже починають курити ті, хто ніколи не курил та знову починають курити ті, хто раніше позбувся цієї звички, крім того наявність ПТСР підвищує шанс розпочати курити. У курців, порівняно з тими, хто не курить, частіше виявлялись високі рівні депресії, стрес, тривога і гнів, проблеми з вживанням алкоголю [197, 339].

Також встановлено, що в зоні проведення бойових дій військовослужбовці в 1,39 раза мають більші шанси на використання електронних сигарет на систем нагрівання тютюну [207] та подвійного вживання тютюну під час розгортання бойових навчань/дій [341], що несе додатковий негативний вплив на організм людини. Поширеність використання електронних сигарет та систем нагрівання тютюну на сьогоднішній день в когорті військовослужбовців ЗС України не вивчалась.

Агресію, гнів у військовослужбовців слід розуміти в професійному контексті [297]. Відомо, що тютюнокуріння, безсоння та депресія відіграють важливу роль у процесі формування дратівливості, яка підвищує ризик ССЗ, зокрема ІХС (ВШ) 2,989), ГІМ (ВШ: 2,329), коронарної ангіопластики (ВШ: 5,989), фібриляція передсердь (ВШ: 4,646), АГ (ВШ: 8,203), ішемічного

інсульту (ВШ: 2,249) та атеросклерозу артерій великого калібру (ВШ: 14,326) [168].

У багатофакторному аналізі [176] часті епізоди сильного гніву були пов'язані з підвищеним ризиком серцевої недостатності, фібриляції передсердь і смертності від ССЗ. Депресія, так і гнів були незалежно пов'язані з 6-річним прогресуванням субклінічного атеросклерозу [245]. В дослідженні “Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA)” рівні ворожості корелювали з наявністю кальцинатів у коронарних артеріях [180, 329]. Саме появу субклінічного атеросклерозу, окрім зростаючого поширення поведінкових ФР ССЗ та малої ефективності профілактичних програм, вважають вагомою причиною високої смертності від ХСК у військовослужбовців ЗС Польщі [337].

У вітчизняних джерелах також існує низка досліджень [17, 99], які показують, що при бойовій травмі у військовослужбовців існує ризик виникнення вторинної патології серцево-судинної системи та декомпенсація вже існуючої [12].

Під час війни коморбідна патологія підвищує ризик серцево-судинних подій. Метааналіз 26-ти досліджень, показав, що асоційовані з бойовими діями травми в 1,8 раза підвищують ризик розвитку ССЗ та в 1,57 раза ймовірність смерті від ІХС [338]. У великому проспективному дослідженні, проведеному Lin W. S. et al. (2015) [308] у пацієнтів з черепно-мозковими ушкодженнями після 10-річного спостереження було встановлено високу частоту гіперліпідемії та ризик розвитку ІХС. Мінно-вибухові поранення призводять до мультиморбідності та зниженню якості життя [258]. У військовослужбовців ЗС України, хворих на ІХС, виявлено високу поширеність коморбідної патології [47] – від 2 до 10; найбільш поширеними були АГ (100 %), атеросклеротичне ураження артерій нижніх кінцівок, остеохондроз хребта та хронічний холецистит при цьому не було визначено статично достовірних відмінностей щодо поширення коморбідної патології у хворих на ІХС у віковій групі 40-50 років та 51-60 років.

Військовослужбовці, хворі на ІХС, які були оглянуті військово-лікарською комісією (ВЛК) в 2018-2021 рр., мали ускладнений перебіг захворювання, в тому числі і в віковій групі до 45 років (у 100 % діагностовано серцеву недостатність, $17,1 \pm 6,4$ % перенесли ІМ, у $14,3 \pm 5,9$ % проведено черезшкірне коронарне втручання та у $8,6 \pm 4,7$ % аортокоронарне шунтування); а також визначено значне поширення коморбідної патології – кількість супутніх захворювань від 3 до 9. Найбільш поширені коморбідні захворювання: АГ (100 %), ЦВХ, остеохондроз хребта та хронічний гастродуоденіт без статистично достовірної відмінності у віковій групі до 45 років та 46-55 років [34]. Слід зауважити, що у військовослужбовців ЗС України, частим коморбідним захворюванням при АГ є ІХС. (70,5 %) [133].

Для зниження серцево-судинного ризику та покращення прогнозу у пацієнтів з ІХС необхідно впровадити заходи вторинної профілактики, які передбачають застосування в лікувально-профілактичній програмі пацієнтів заходи щодо корекції ФР та модифікації способу життя і медикаментозне лікування з доведеною ефективністю. В Україні в дослідженні Сіренко Ю. М., Рековець О. Л. (2023) [102] відображена поточна ситуація щодо цього питання та виявлено невтішні результати. Під час збройного конфлікту створюються умови щодо належного лікування хронічної патології, адже немає підтримки безперервності постачання необхідних медикаментів [239]. Єдине дослідження з цієї проблеми проводилось Мороз Г. З. та співав. [59], висвітлює низьку прихильності до лікування у військовослужбовців ЗС України

Таким чином, висока поширеність поведінкових ФР ССЗ, недостатнє виконання вимог здорового способу життя, особливості несення військової служби, низька прихильність до лікування ІХС обґрунтовують необхідність пошуку нових стратегій організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідною патологією, що і обумовило актуальність проведення нашого дослідження.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення головної мети – обґрунтування та розробка пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідною патологією – потребувало підготовки спеціальної комплексної програми, яка була реалізована в шість етапів (рис. 2.1). Додержання класичного принципу етапності дослідження надало можливість досягти логічної послідовності у виконанні конкретних завдань.

Дослідження проведено у шість етапів із застосуванням відповідного методичного інструментарію, за допомогою якого здійснено: збір інформації, формування баз даних, їх обробку, аналіз і візуалізацію, обґрунтування і розробку пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідною патологією, експертну оцінку потенційної ефективності та впровадження її окремих елементів в освітню діяльність УВМА та практичну діяльність закладів військової первинної допомоги (рис. 2.1).

Дизайном дисертаційного дослідження є пасивне ретроспективне вивчення з елементами одномоментного (поперечного) і динамічного (подовженого) дослідження, виконане на кафедрі військової загальної практики – сімейної медицини (ВЗП-СМ) УВМА і на клінічній базі УВМА – в НВМКЦ “ГВКГ”, а також в Вінницькій міській клінічній лікарні № 1.

Перший етап дослідження присвячено теоретичному аналізу набутого світового, зокрема вітчизняного, досвіду з організації медичної допомоги з позиції пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, вивчено актуальні проблеми, які потребують першочергового вирішення.

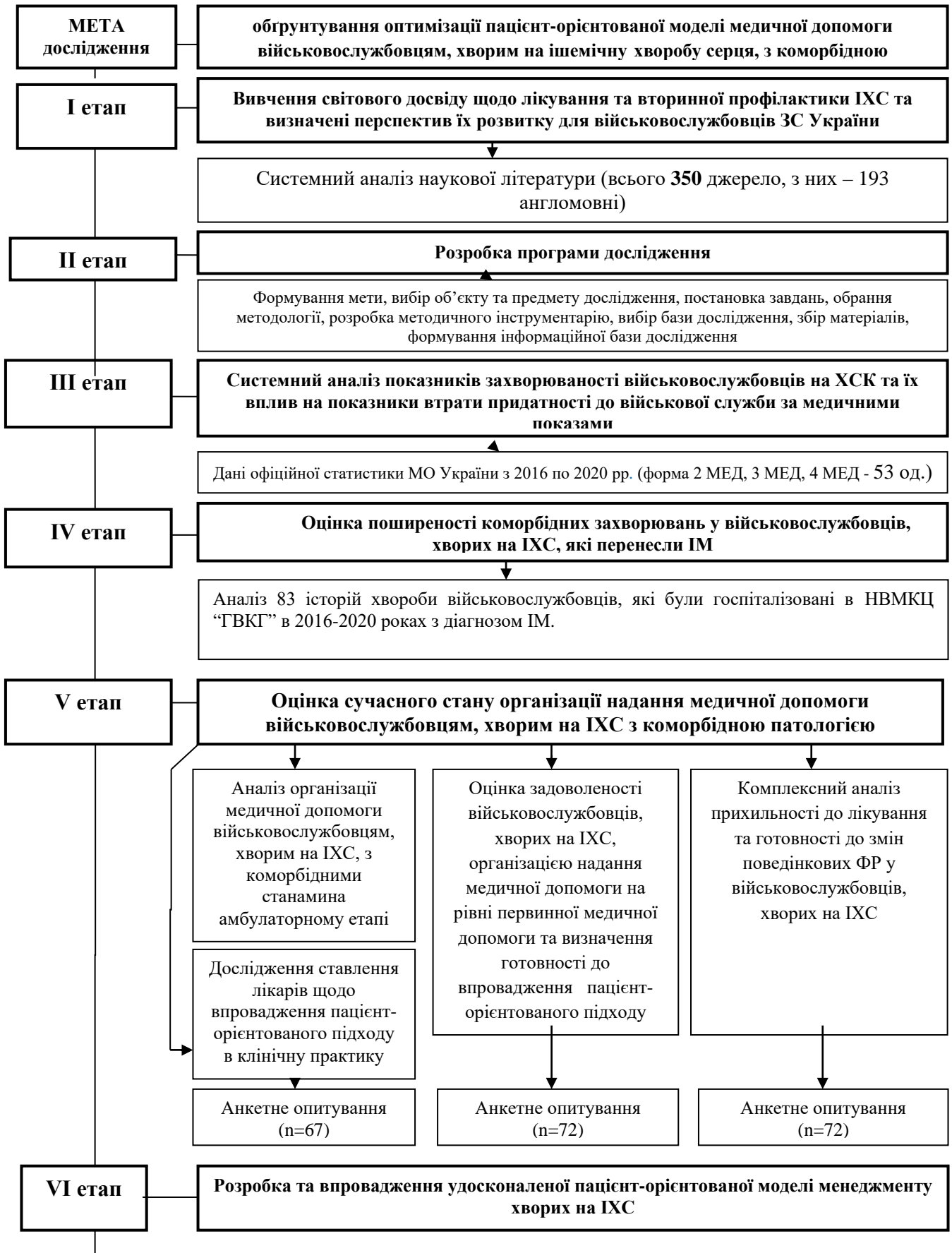


Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження



Методи дослідження	Етапи дослідження, де використані відповідні методи
Системний підхід і системний аналіз	I, II, III, IV, V, VI, VII
Бібліосемантичний	I, V
Соціологічний	IV, V, VI, VII
Медико-статистичний	III, IV, V, VI, VII
Концептуального моделювання	VI
Експертних оцінок	VII

Продовження *рис. 2.1.* Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження

Шляхом аналізу даних літературних джерел вивчено сучасні рекомендації з лікування ІХС, проаналізовано медико-соціальне значення ІХС в світі у цивільного населення та військовослужбовців на сучасному етапі, вивчено особливості розвитку та перебігу ІХС у них. Було опрацьовано дані літературних джерел, що визначають основні вимоги щодо лікування та вторинної профілактики ІХС, які базуються на принципах доказової медицини. Аналітична база даних першого етапу сформована з 351 джерела

наукових праць і статистично-довідкових матеріалів (із них 193 – англomовні).

Виконання першого етапу дослідження здійснено з використанням системного підходу та системного аналізу, бібліографічного методу.

На другому етапі дослідження визначено напрям, мету, об'єкт і предмет дослідження, завдання кожного етапу, структуру і обсяг інформаційної бази даних, обрано методологію і методи дослідження, обрана база наукового дослідження. Було визначено обсяг медико-статистичних показників для проведення аналізу особливостей організації медичної допомоги військовослужбовцям, з урахуванням Переліку відомостей МО України, які містять службову інформацію (ПСІ-2017).

На цьому етапі розроблено анкети соціологічного опитування для пацієнтів, лікарів, карти вкопіювання даних, карти експертного опитування. Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою статистичних методів. Електронні таблиці Microsoft Office Excel 2007 були використані як структура баз даних для накопичування, зберігання та аналізу інформації.

На третьому етапі проведено системний аналіз показників захворюваності військовослужбовців на ХСК та їх вплив на показники втрати придатності до військової служби за медичними показами за період 2016-2020 рр. Дослідження з вивчення показників захворюваності було пасивним ретроспективним одномоментним (поперечним). За матеріалами звітної документації Міністерства оборони України – форма 2 МЕД – вивчено показники захворюваності на ХСК та їх динаміку у різного контингенту військовослужбовців (офіцерського складу, військовослужбовців за контрактом та строкової служби) з 2016 по 2020 рр. (15 звітів).

Вивчено показники професійної дискваліфікації за станом здоров'я з приводу ХСК, звільнення та їх динаміку з 2016 по 2020 рр. у різного контингенту військовослужбовців: військовослужбовців за контрактом

офіцерського складу (5 звітів); військовослужбовців офіцерського складу за призовом під час мобілізації (1 звіт); військовослужбовців рядового, сержантського, старшинського складу, прапорщики (мічмани) за призовом під час мобілізації (2 звіти); військовослужбовців за контрактом рядового, сержантського, старшинського складу, прапорщики (мічмани) (5 звітів); військовослужбовців строкової служби (5 звітів).

За матеріалами звітної документації МО України – форма 3 МЕД – вивчено показники госпітальної захворюваності на ХСК та їх динаміку у різного контингенту військовослужбовців (військовослужбовці офіцерського складу та військовослужбовці за контрактом, військовослужбовці інших силових відомств, військовослужбовці строкової служби, курсанти МО України, пенсіонери МО України) з 2016 по 2020 рр. (20 звітів).

На четвертому етапі методом випадкової вибірки проведено аналіз 83 історій хвороби військовослужбовців, які були госпіталізовані в НВМКЦ “ГВКГ” в 2016-2020 роках з діагнозом ІМ. Всі хворі були чоловічої статі, віком від 22 до 60 років (середній вік $48,5 \pm 4,35$ років). Для проведення дослідження і стандартизації результатів була використана “Карта вкопювання даних” (Додаток А).

На п'ятому етапі проведено аналіз організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідними станами на амбулаторному етапі. З цією метою здійснено порівняльний аналіз нормативної бази щодо організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, в ЗС України та НАТО, міжнародних та вітчизняних медико-технологічних документів (МТД).

Для оцінки задоволеності військовослужбовців, хворих на ІХС, організацією надання медичної допомоги на рівні первинної медичної допомоги та визначення готовності до впровадження пацієнт-орієнтованого підходу, а також для комплексного аналізу прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових ФР у військовослужбовців, хворих на ІХС

проведено соціологічне анонімне опитування 72 військовослужбовців з ІХС, які відвідали лікарів загальної практики амбулаторії НВМКЦ “ГВКГ” за спеціально розробленою анкетною (Додаток Б). Всі військовослужбовці були чоловічої статі віком 30-58 років, середній вік – $47,6 \pm 6,5$ років. Для дослідження вікових особливостей пацієнти були розділені на дві підгрупи: до 50 років (І група – 39 військовослужбовців, середній вік $42,8 \pm 5,0$) та старше 50 років (ІІ група – 33 військовослужбовців, середній вік $53,2 \pm 2,4$ років).

Для аналізу ставлення лікарів щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику за спеціально розробленою анкетною (Додаток В) проведено соціологічне опитування лікарів Клініки амбулаторної допомоги НВМКЦ “ГВКГ”, а також лікарів первинної медичної допомоги, які проходили цикл тематичного удосконалення на базі кафедри ВЗП-СМ ($n=67$). Вік опитаних – від 29 до 66 років (середній вік складав $41,8 \pm 8,6$ років), середній стаж $15,3 \pm 8,4$ років. Серед них 41,8 % мали вищу категорію, 28,4 % – першу, 23,9 % – другу та без категорії 5,9 % респондентів.

На шостому етапі, після узагальнення результатів попередніх етапів дослідження, науково обґрунтовано удосконалену пацієнт-орієнтована модель менеджменту хворих на ІХС військовослужбовців з урахуванням коморбідності/мультиморбідності; запропоновано концептуальні підходи, які включають наступні складові: нормативно-правову, організаційну, кадрову, матеріально-технічну, інформаційну, комунікативну, контроль, моніторинг та оцінку діяльності системи на галузевому рівні.

Після проведення фахової школи “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)” було проведено анкетне опитування лікарів ($n=28$) за анкетною-відгуком (Додаток Д)

На шостому етапі для оптимізації залучення хворих на ІХС з коморбідними станами до самоконтролю захворювання розроблено

інформаційний лист для пацієнтів з ІХС “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)” (Додаток Ж). Проведено апробацію інформаційного листа серед військовослужбовців (n=50, середній вік $46,2 \pm 8,9$, чоловіча стать), які лікувались в Вінницькій міській клінічній лікарні № 1 з проводу ІХС та коморбідної патології. За допомогою спеціально розробленої анкети-відгука (Додаток З) було з’ясовано їх думку щодо доступності та зрозумілості інформації в інформаційному листі, власного ставлення до лікування та рекомендацій лікаря, їх активної участі у самоконтролі стану власного здоров’я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування після ознайомлення з даним інформаційним листом (Додаток Ж).

Для отримання незалежної оцінки потенційної ефективності запропонованої моделі проведено експертне опитування висококваліфікованих експертів і оброблено результати цього опитування. За формою проведено групову експертизу.

Формування групи експертів із метою відбору компетентних осіб, які мають глибокі знання про об’єкт і предмет дослідження, високопрофесійних фахівців, профільних спеціалістів із великим науковим і практичним досвідом роботи, обізнаних з досліджуваною проблемою. Експертна оцінка запропонованих медико-організаційних підходів визначалась групою експертів у кількості 19 висококваліфікованих фахівців у тому числі 9 експертів (47,4 %) представляли УВМА, 10 (52,6 %) – НВМКЦ “ГВКГ”. Серед експертів мали науковий ступінь доктора медичних наук – 4 (21,0 %), доктора філософії в галузі “Медицина” – 3 (15,8 %) та 12 – кандидата медичних наук (63,2 %); вчене звання професора – 4 (21,0 %), доцента – 3 (15,8 %). Стаж роботи в галузі “Медицина” – $28,9 \pm 10,8$ років.

Питання анкети були згруповані в три блоки, що містили 5 питань (Додаток К). Перша частина містила звернення до експерта та прохання виконати функцію експерта, а також містила інструкцію з порядку заповнення анкети.

Друга частина містила прохання за згодою внести особисті дані (прізвище ім'я по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада, місце роботи, професійний стаж). Третій блок анкети – це запитання щодо характеристик системи, які необхідно оцінити за 5-ти бальною шкалою від 0 до 5, за умови, що: 0 – фактор, який не впливає; 1 – фактор, що має слабкий вплив; 2 – фактор має помірний вплив; 3 – фактор має значний вплив; 4 – фактор має сильний вплив; 5 – фактор має дуже сильний вплив. Таким чином, оцінювані фактори були якісними, експертам пропонувалось розглядати їх згідно з порядковими (інтервальними) експертними оцінками (δ_{jk} , де j – номер експерта, k – номер фактора), за умови, що: $\delta=0$ – фактор, який не впливає; $\delta=1$ – фактор, що має слабкий вплив; $\delta=2$ – помірний вплив; $\delta=3$ – значний вплив; $\delta=4$ – сильний вплив; $\delta=5$ – дуже сильний вплив. Статистичну обробку даних проведено по кожному окремому питанню за бальною шкалою. Ваги (ω) оцінювались за статусом експертів, у який включались стаж роботи, науковий ступінь, самооцінка та оцінка його іншими експертами. За основу оцінки j -го експерта (d_j) була взята середня арифметична чужих оцінок (g_{ij}) з коригуванням на самооцінку (g_j):

$$d_j = \frac{\sum_{\substack{i=1 \\ i \neq j}}^n g_{ij}}{n} + 0,5 g_j,$$

де n – кількість експертів,

i – номер експерта, $i=1, \dots, n$.

Отримана оцінка коригувалася шляхом множення її на коефіцієнт (k_s), який враховує стаж роботи j -го експерта, на коефіцієнт (k_{ns}), який вказує на наявність наукового ступеня j -го експерта. При чому k_{ns} приймає значення: $k_{ns}=1,1$, якщо експерт є кандидатом наук і $k_{ns}=1,5$, якщо є доктором наук. У результаті отримаємо скориговану оцінку j -го експерта, що визначається за формулою:

$$\omega_j = d_j k_s k_{ns},$$

де $k_s = 1 + tstag_j/100$,

$tstag_j$ – стаж j -го експерта у роках.

Формула для розрахунку середньозваженого бала – середнього бала з урахуванням значення скоригованої оцінки j -го експерта, отриманого за попередніми розрахунками:

$$\delta_k = \frac{\sum_{j=1}^n \delta_{jk} \omega_j}{\sum_{j=1}^n \omega_j}$$

де k – номер питання.

Методи математичної обробки результатів дослідження. За результатами дослідження сформовано комп'ютерну базу даних, статистична обробка якої проводилась з використанням програми Microsoft Excel 2007 та стандартного статистичного пакета STATISTICA 6,0. Статистична обробка матеріалу включала збір, реєстрацію даних, статистичне зведення, групування первинного матеріалу та аналіз отриманих показників за такими методами: розрахунок первинних статистичних показників, виявлення відмінностей між групами за статистичними ознаками; встановлення взаємозв'язку між кількісними змінними (за допомогою парного коефіцієнта кореляції Пірсона). Для рангових змінних взаємозв'язок визначався за допомогою рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (r_s). Узгодженість думок експертів оцінювалась за критерієм конкордації (W).

РОЗДІЛ 3

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

3.1. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця серед військовослужбовців ЗС України за 2016–2020 рр

Питома вага смертності від НІЗ у загальній структурі смертності населення світу збільшилася впродовж останніх років з 63 % до 68 % та 31,3 % випадків смерті на глобальному рівні обумовлено ХСК [56, 347].

В Україні протягом 1991–2016 рр. захворюваність населення на ХСК збільшилася в 1,7 разів, а поширеність – у 2,7 разів [20, 24, 26].

ХСК займають перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення і в структурі смертності населення. Протягом 1991–2015 рр. показник смертності від ХСК в Україні зріс вдвічі, в період з 2016 р. до 2019 р. – на 20 % та є одним із найвищих у Європі [58, 126].

Прогнозовано, що в Україні до 2025 р.: поширеність стенокардії зросте на 73,5 %, первинна захворюваність на стенокардію – на 61,1 %, загальна захворюваність на ІМ прогнозовано зросте на 24,0 % [127, 150]. Актуальною ця проблема є і для ЗС України. Впродовж багатьох років ХСК посідають провідні позиції в структурі захворюваності, працевтрат, смертності та звільнень за медичними показами військовослужбовців ЗС України [11, 132, 2, 136, 155], що має негативний вплив на боєздатність та подальшу професійну придатність. Вивчення динаміки та структури захворюваності військовослужбовців ЗС України з приводу ХСК має важливе значення для розробки та впровадження сучасних заходів щодо оптимізації первинної та вторинної профілактики ССЗ у військовослужбовців [11, 136, 155].

Проведено системний аналіз річних звітів МО (форма 2 МЕД) щодо показників захворюваності різних категорій військовослужбовців внаслідок ХСК за 2016–2020 рр.

Загалом, спостерігається зростання захворюваності на ХСК (ІХ клас) у військовослужбовців ЗС України з 48,95 ‰ в 2016 р. до 64,28 ‰ в 2019 р. та деяким зниженням до 57,85 ‰ в 2020 році з середнім темпом приросту +5,19 ‰ (рис. 3.1).

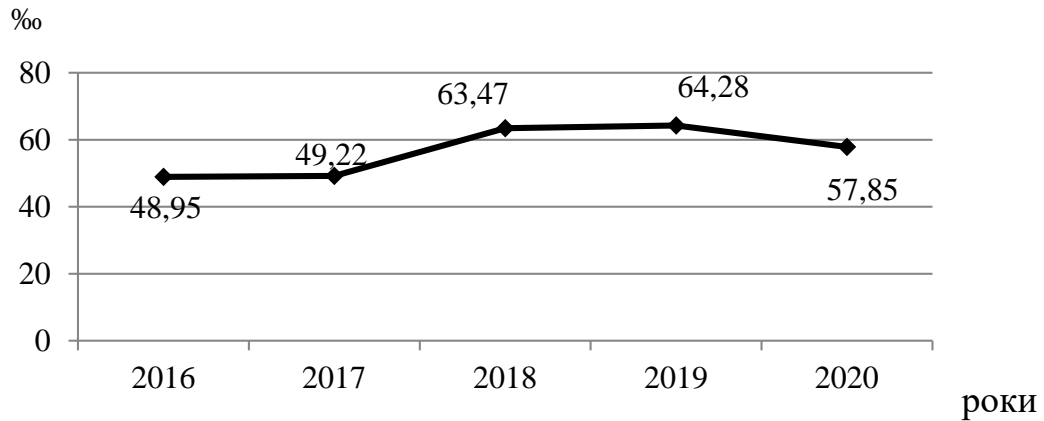


Рис. 3.1. Динаміка показників захворюваності на ХСК серед військовослужбовців ЗС України за 2016-2020 рр. (‰)

Проаналізовано структуру захворюваності військовослужбовців всіх категорій за нозологічними формами ХСК з 2016 по 2020 рр. (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Структура захворюваності військовослужбовців всіх категорій ЗС України за нозологічними формами ХСК з 2016 по 2020 рр. (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньо-зважений показник М±m
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Ревматизм	0,46	0,04	0,23	0,08	1,1	0,4±0,08
Хронічні ревматичні хвороби серця	0,55	0,26	0,37	0,54	0,55	0,5±0,11
АГ	50,96	42,4	41,0	46,7	54,6	47,1±10,6
ІХС	7,9	3,5	6,5	3,7	4,9	5,3±1,19
з них стенокардія	41,7	31,4	16,0	32,98	19,3	28,3±6,3
з них ІМ	6,42	5,7	3,18	11,55	8,29	7,0±1,57

Продовження табл. 3.1.

1	2	3	4	5	6	7
ЦВХ	2,29	2,17	4,83	6,97	2,86	3,8±0,85
з них ГПМК	21,1	11,0	13,4	8,3	17,8	14,3±3,2
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	2,57	1,09	1,28	1,66	1,87	1,7±0,38
Флебіт, тромбофлебіт	2,1	0,89	0,82	0,76	0,95	1,1±0,25
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	8,71	8,08	5,93	6,11	6,8	7,1±1,59
Геморой	11,36	11,89	7,64	9,38	8,61	9,8±2,19
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	1,26	5,59	3,31	6,83	3,94	4,2±0,94
Інші ХСК	11,82	24,06	28,02	17,31	13,77	19,0±4,3

Загалом, у військовослужбовців з 2016 по 2020 рр. в структурі захворюваності на ХСК в першу рейтингову п'ятірку ввійшли: АГ (з середньозваженим показником $47,1 \pm 10,6 \%$), “інші ХСК” ($19,0 \pm 4,3 \%$), геморой ($9,8 \pm 2,19 \%$), варикозне розширення вен нижніх кінцівок ($7,1 \pm 1,59 \%$) та ІХС ($5,3 \pm 1,19 \%$).

Серед особового складу ЗС України протягом вищевказаних років спостерігається несприятлива тенденція щодо зростання рівня захворюваності на ХСК з найвищим темпом зростання показників у військовослужбовців строкової служби (+ 16,8 %) та військовослужбовців за контрактом (+ 8,68 %) (табл. 3.2)

Тенденції щодо зростання показників саме у військовослужбовців за контрактом та строкової служби зберігаються, починаючи з 2012 року, адже середній темп приросту в період з 2012 по 2016 рр. у даного контингенту склав відповідно +4,72 % та +0,54 % [132]. У військовослужбовців офіцерського складу темп приросту в дослідний період дещо зменшився,

порівняно з попередніми п'ятьма роками (+3,32 % в 2012-2016 рр. і +2,9 % в 2016-2020 рр.) [11, 2].

Таблиця 3.2

Показники захворюваності на хвороби системи кровообігу у різних контингентів військовослужбовців з 2016 по 2020 рр. (‰)

Контингент військовослуж- бовців	Роки					Середньо- зважений показник M±m	Серед- ній темп прирос- ту
	2016	2017	2018	2019	2020		
Офіцерського складу	78,4	60,5	100,5	90,2	70,9	80,1±2,9	+2,9 %
Військовослужбовці за контрактом	55,5	63,3	75,9	77,2	76,5	69,7±8,69	+8,69 %
Військовослужбовці строкової служби:	13,7	24,2	27,6	30,6	20,1	23,3±16,8	+16,8 %

В структурі загальної захворюваності військовослужбовців офіцерського складу в 2016-2020 рр. захворюваність на ХСК становила 7,6 %. Слід зауважити, що цей показник за даними авторів [132] в 2012-2016 рр. становив 7,36 %, а в попередні п'ять років [11, 13] – 2,35 %.

Динаміка показників захворюваності на ХСК серед військовослужбовців ЗС України офіцерського складу за 2016-2020 рр. представлена на рис. 3.2.

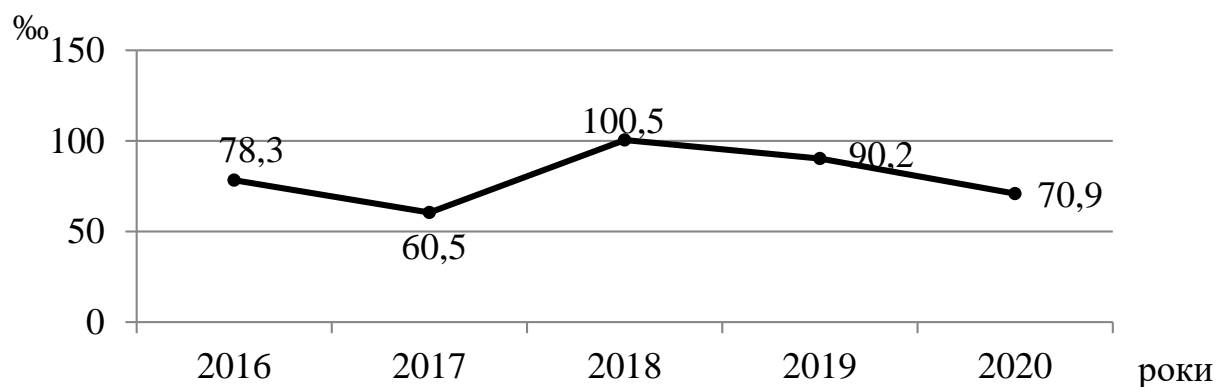


Рис. 3.2. Динаміка показників захворюваності на ХСК серед військовослужбовців ЗС України офіцерського складу за 2016-2020 рр. (‰).

Встановлено зростання рівня захворюваності на ХСК у військовослужбовців офіцерського складу з 78,4 ‰ в 2016 р. до 100,5 ‰ (+ 43,3 %, при $p < 0,001$) в 2018 р. та з поступовим зниженням показників до 90,2 ‰ в 2019 р. (-10,2 %, при $p < 0,05$) та до 70,9 ‰ в 2020 р. (- 21,4 %, при $p < 0,05$). Середній темп приросту показників захворюваності серед даної когорти військовослужбовців складає + 2,9 %, проте має тенденції до зменшення, оскільки за даними проведених раніше досліджень [11, 132] в 2008-2012 рр. середній темп приросту складав + 6,11 %, а в 2012-2016 рр. +4,15 %.

В структурі захворюваності на ХСК військовослужбовців офіцерського складу в 2016-2020 рр. перше рейтингове місце займає АГ з середньозваженим показником $58,8 \pm 13,2$ % та з середнім темпом приросту +1,34 %. (рис. 3.3, табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Структура захворюваності військовослужбовців офіцерського складу ЗС України за нозологічними формами ХСК з 2016 по 2020 рр. (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньо-зважений показник $M \pm m$
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Ревматизм	0,75	0,10	0,45	0,03	0,38	$0,3 \pm 0,07$
Хронічні ревматичні хвороби серця	0,71	0,13	0,61	0,64	0,65	$0,5 \pm 0,11$
АГ	57,9	55,4	60,9	59,3	60,7	$58,8 \pm 13,2$
ІХС	7,87	4,58	6,29	5,29	7,16	$6,2 \pm 1,4$
з них стенокардія	56,9	31,9	23,6	38,8	16,5	$33,5 \pm 7,5$
з них інфаркт міокарда	6,6	4,4	2,6	5,5	9,5	$5,7 \pm 1,25$

Продовження табл. 3.3.

1	2	3	4	5	6	7
ЦВХ	2,36	1,56	2,77	3,21	2,64	2,5±0,56
з них ГПМК	0,33	0,352	0,71	0,45	0,45	0,5±0,11
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	3,58	1,18	1,13	0,99	1,05	1,6±0,36
Флебіт, тромбофлебіт	1,37	0,80	0,68	0,51	0,83	0,8±0,18
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	6,45	8,12	6,13	5,29	5,93	6,4±1,43
Геморой	9,23	8,93	7,61	7,37	6,38	7,9±1,77
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	0,89	2,11	1,03	5,19	1,8	2,2±0,49
Інші ХСК	8,90	17,1	12,4	12,2	12,5	12,7±2,85

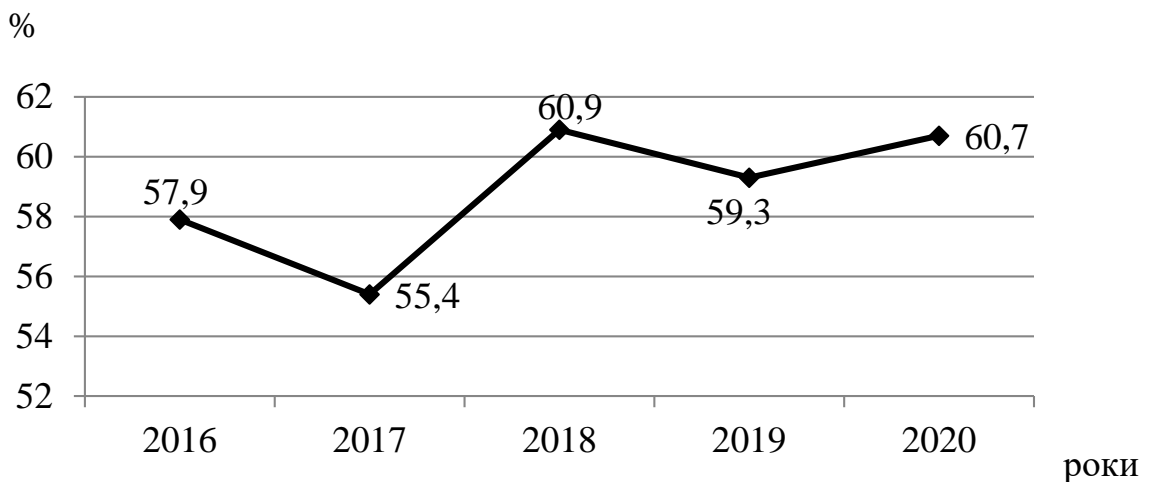


Рис. 3.3. Динаміка показників захворюваності на АГ в структурі ХСК у військовослужбовців офіцерського складу ЗС України з 2016 по 2020 рр. (%)

Слід зауважити, що в 2012-2016 рр. середньозважений показник складав $47,5 \pm 11,9$ (з середнім темпом приросту $+ 3,59\%$), а в попередні п'ять років – $44,37\%$. Зростання середньозважених показників в динаміці за десятирічний період можна пояснити тим, що в період воєнного часу збільшується частка стрес-індукованої АГ [132].

У військовослужбовців офіцерського складу в структурі захворюваності на ХСК другу рейтингову сходинку посідають “інші ХСК” ($12,7 \pm 2,85$ %), третю – геморой ($7,9 \pm 1,77$ %), четверту – варикозне розширення вен нижніх кінцівок ($6,4 \pm 1,43$ %), на п'ятому – ІХС ($6,2 \pm 1,4$ %).

У військовослужбовців рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщиків (мічманів) за контрактом встановлено, що протягом 2016-2020 рр. захворюваність на ХСК мала статистично достовірну тенденцію до зростання: з 55,5 ‰ в 2016 р. до 76,5 ‰ в 2020 р. з середнім темпом приросту +8,69 % (рис. 3.4).

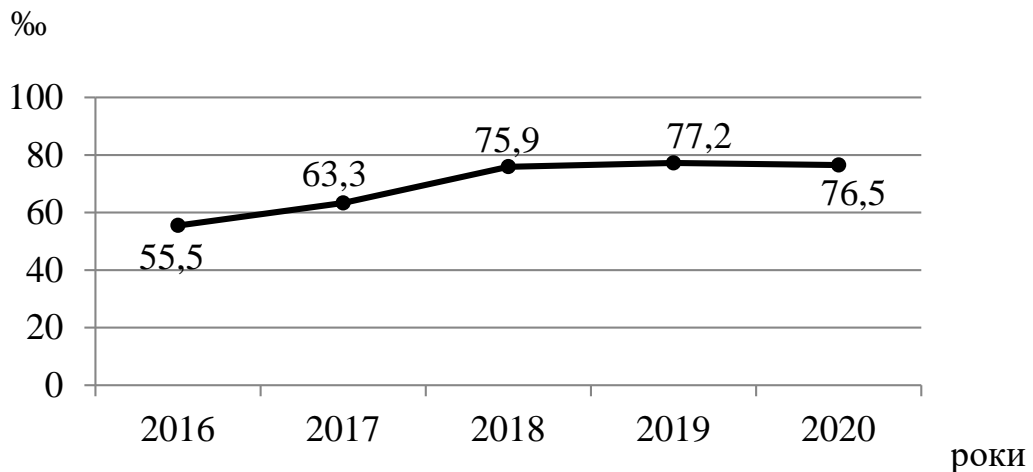


Рис. 3.4. Динаміка показників захворюваності на ХСК серед військовослужбовців рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщиків (мічманів) за контрактом ЗС України за контрактом в 2016-2020 рр. (‰).

Тенденція до зростання захворюваності на ХСК у військовослужбовців за контрактом зберігається протягом багатьох років [11, 132, 155]: 2008-2012 рр. – з 42 ‰ до 46,4 ‰, 2012-2016 рр. – з 46,4 ‰ до 70 ‰.

В структурі захворюваності на ХСК військовослужбовців за контрактом перше рейтингове місце займає АГ з середньозваженим показником $49,2 \pm 11,2$ та з середнім темпом приросту +4,55 % (в 2008-2012 рр. середньозважений показник складав 37,85 % [11, 155]; в 2012-2016 рр. –

44,8 ± 11,2 і середній темп приросту +3,59 % [132]); друге місце – “інші ХСК” – 18,8 ± 4,22 %, третє – геморої (9,31±2,1 %), четверте – хвороби вен та лімфатичних судин – 7,57 ± 1,7 %; п’яте – ІХС – 5,88 ± 1,32 % (табл. 3.4, рис. 3.5).

Таблиця 3.4

Структура захворюваності військовослужбовців рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщиків (мічманів) за контрактом ЗС України за нозологічними формами ХСК з 2016 по 2020 рр. (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньозважений показник М±m
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Ревматизм	0,37	0,01	0,19	0,10	1,41	0,42±0,09
Хронічні ревматичні хвороби серця	0,54	0,18	0,18	0,51	0,40	0,36±0,08
АГ	51,83	46,09	40,87	48,05	59,07	49,2±11,0
ІХС	8,68	3,90	8,18	3,78	4,85	5,88±1,32
з них стенокардія	35,89	31,25	13,56	30,64	20,72	26,4±5,92
з них ІМ	6,46	6,58	3,39	15,49	7,65	7,91±1,78
ЦВХ	1,91	2,12	4,41	4,36	2,26	3,01±0,67
з них ГПМК	0,58	0,23	0,76	0,71	0,6	0,58±0,13
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	1,91	1,00	1,22	1,55	1,54	1,45±0,33
Флебіт, тромбофлебіт	2,47	0,96	1,04	0,93	1,06	1,29±0,29
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	9,66	8,76	6,29	6,41	6,74	7,57±1,7
Геморої	10,79	12,27	6,34	9,35	7,81	9,31±2,1

Продовження табл. 3.4.

1	2	3	4	5	6	7
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	0,83	3,93	0,57	5,52	2,8	2,73±0,61
Інші ХСК	11,0	20,8	30,7	19,4	12,1	18,8±4,22

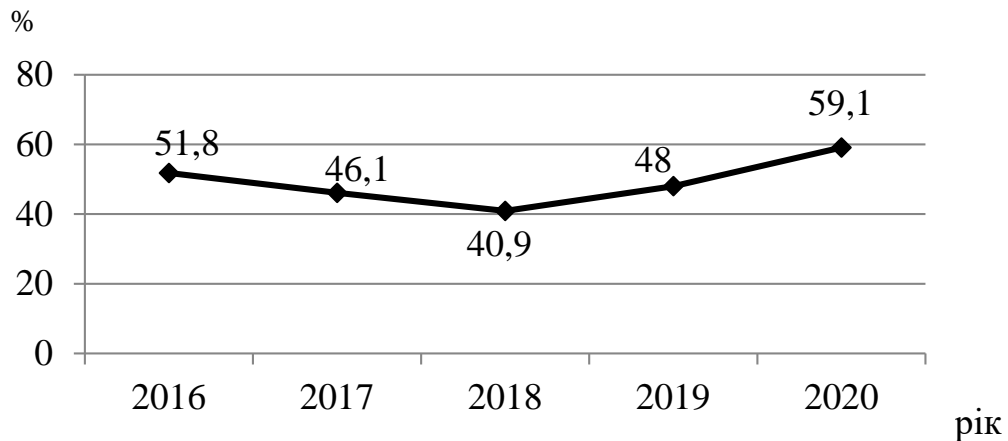


Рис.3.5. Динаміка показників захворюваності на АГ в структурі ХСК серед військовослужбовців рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщиків (мічманів) за контрактом ЗС України за контрактом в 2016-2020 рр. (%).

Захворюваність на ХСК у військовослужбовців строкової служби з 2016 р. по 2020 р. мала статистично достовірну тенденцію ($p < 0,05$) до зростання: з 13,7 ‰ в 2016 р. до 30,6 ‰ в 2019 р. та деяким зниженням показників до 20,1 ‰ в 2020 р. (рис. 3.6).

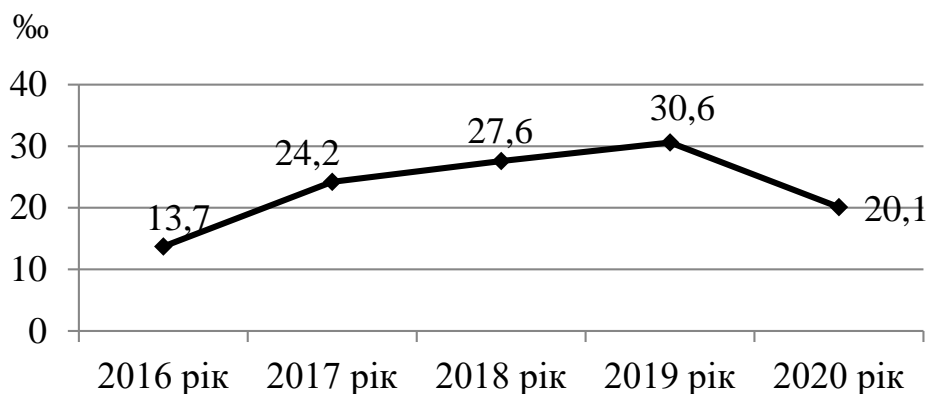


Рис. 3.6. Динаміка показників захворюваності на ХСК серед військовослужбовців строкової служби ЗС України в 2016-2020 рр. (‰).

За зазначені роки середній темп приросту становив +16,8 %, який є найвищим серед інших категорій військовослужбовців і має тенденції до збільшення, адже з 2012 р. по 2016 р. середній темп приросту у даної когорти військовослужбовців становив +0,54 % [132].

В структурі захворюваності на ХСК військовослужбовців строкової служби в 2016-2020 рр. перше рейтингове місце належить “іншим ХСК” з середньозваженим показником $33,1 \pm 7,42$ %, друге – геморої (16,9±3,8 %), третє – хвороби вен та лімфатичних судин (14,4±3,22 %). Четверте місце посідає АГ (13,5±3,03 %) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Структура захворюваності військовослужбовців
строкової служби за нозологічними формами ХСК з 2016 по
2020 рр. (%)**

Нозологічні форми IX класу	Роки					Середньозважений показник $M \pm m$
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Хронічні ревматичні хвороби серця	0	0,75	0,73	0,49	1,22	$0,64 \pm 0,14$
АГ	15,4	9,09	7,15	21,92	13,98	$13,5 \pm 3,03$
ІХС	1,32	0,21	0,06	0,69	0,12	$0,48 \pm 0,11$
з них стенокардія	28,57	20	0	14,29	50	$22,57 \pm 5,06$
з них ІМ	0	0	0	0	0	0
ЦВХ	5,45	3,38	10,06	22,97	6,93	$9,56 \pm 2,14$
з них ГПМК	0,19	0,08	0,06	0,25	0,12	$0,14 \pm 0,03$
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	4,51	1,25	1,79	3,13	5,71	$3,28 \pm 0,74$
Флебіт, тромбофлебіт	1,69	0,79	0,17	0,49	0,58	$0,75 \pm 0,17$
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	9,21	5,80	4,47	6,20	9,20	$6,98 \pm 1,57$

Продовження табл. 3.5.

1	2	3	4	5	6	7
Геморой	25	15,61	12,91	12,59	18,58	16,94±3,8
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	6,58	16,78	18,32	14,48	15,73	14,38±3,22
Інші ХСК	30,8	46,3	44,4	16,9	26,9	33,1±7,42

Значний підйом захворюваності на АГ спостерігається з 2014 р.[132]; з 2012 по 2016 р. середній темп приросту показника складав +5,77 %. З 2016 по 2020 рр. темп приросту склав +26,5 % (рис. 3.7).

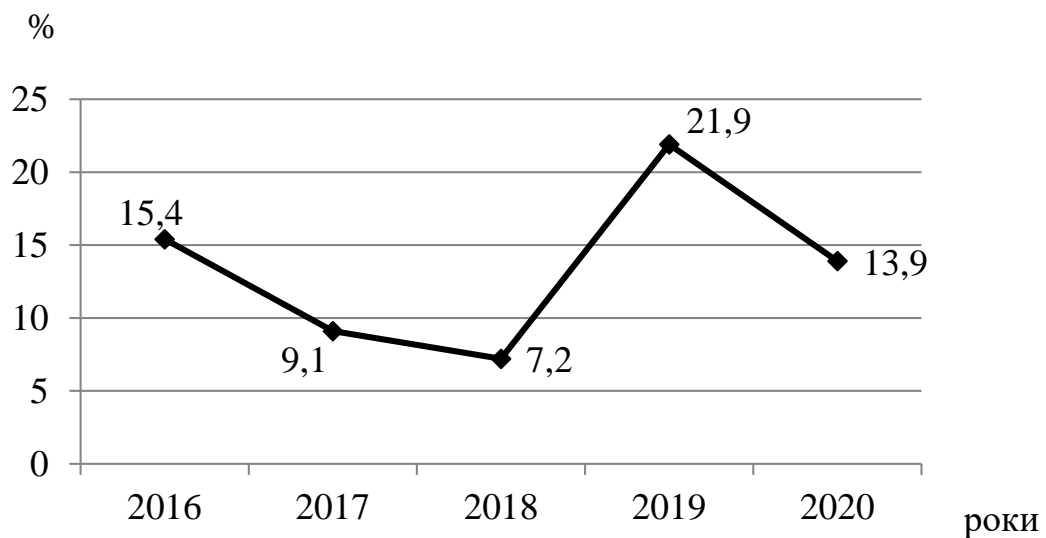


Рис. 3.7. Динаміка показників захворюваності на АГ в структурі ХСК у військовослужбовців строкової служби ЗС України з 2016 по 2020 рр. (%).

Середні темпи приросту захворюваності військовослужбовців (загалом та за контингентами) ЗС України за нозологічними формами в 2016-2020 рр. наведені в табл. 3.6.

Звертає на себе увагу (табл. 3.6) надзвичайно високі середні темпи приросту з 2016 по 2020 рр. такої нозологічної форми, як ревматизм (+398,4 %), у всіх контингентів військовослужбовців (особливо контрактної служби), хоча його питома вага в структурі захворюваності на ХСК невелика (0,4±0,08).

**Середні темпи приросту захворюваності особового складу ЗС
України за нозологічними формами в 2016 – 2020 рр. (%)**

Нозологічні форми IX класу	Контингент			
	Загалом	Офіцери	Контрактники	Солдати
Ревматизм	+ 398,4	+ 334,2	+ 741,3	+ 445
Хронічні ревматичні хвороби серця	+ 9,3	+ 73,5	+ 23,8	+ 28,4
АГ	+ 2,7	+ 1,3	+ 4,5	+ 26,5
ІХС	+ 4,8	+ 3,7	+ 7,3	+ 202,97
з них стенокардія	-2,27	-15,8	+ 6,0	+ 29,97
з них ІМ	+ 44,9	+ 27,5	+ 64,9	0
ЦВХ	+ 25,7	+ 10,4	+ 17,4	+ 54,5
з них ГПМК	+ 12,6	+ 17,9	+ 37,0	+ 45,4
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	+ 0,55	-19,4	+ 0,19	+ 32,1
Флебіт, тромбофлебіт	-11,95	-4,72	-12,35	+ 18,72
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	-4,88	-0,06	-7,6	6,78
Геморой	-4,13	-8,65	-0,90	-2,44
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	+ 91,7	+ 106,1	+ 276,8	+ 37,97
Інші ХСК	+ 15,33	+ 16,38	+ 15,56	+ 10,86

Потребує уваги той факт, що у військовослужбовців строкової служби, незважаючи на молодий вік цього контингенту, спостерігається зростання середнього темпу приросту АГ (+26,5 %), ІХС (+ 202,97 %, з них стенокардія +29,97 %), ЦВХ (+54,5 %, з них ГПМК +45,4 %), що обов'язково треба враховувати під час розробки та запровадження профілактичних стратегій.

Середній темп приросту ІХС за дослідний період у всіх контингентів військовослужбовців збільшився і особливо слід звернути увагу на збільшення темпів приросту ІМ (у військовослужбовців контрактної служби

+64,9 % та офіцерського складу +27,5 %), що обґрунтовує необхідність підвищення якості надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС. Попередження АГ та ІХС дозволить суттєво скоротити захворюваність військовослужбовців та попередити серцево-судинні події.

3.2. Системний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців з приводу ішемічної хвороби серця (за 2016-2020 рр.)

В усьому світі ССЗ щорічно стають причиною смерті 17 мільйонів людей та за прогнозами ВООЗ до 2030 року будуть займати лідируючі позиції. Складна епідемічна ситуація з приводу ССЗ спостерігається серед населення України протягом багатьох років [126], в тому числі і серед військовослужбовців, як його працездатної частини [11, 155].

Наведені негативні тенденції з приводу ХСК можливо запобігти шляхом впровадження сучасних стратегій профілактики [141].

Аналіз результатів експертної роботи ВЛК допомагає виявити проблемні питання в організації медичної допомоги військовослужбовцям [5], а в подальшому визначити шляхи удосконалення лікувальної та профілактичної роботи задля попередження розвитку певної патології і відповідно зменшенню дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами. Адже акцентуація заходів саме на профілактиці певних хвороб сприяє збереженню здоров'я.

За результатами аналізу звітів Центральної ВЛК МО України (форма 4 МЕД) щодо визначення придатності до військової служби осіб офіцерського та рядового складу за контрактом, офіцерського та рядового складу за мобілізацією, військовослужбовців строкової служби за 2016-2020 рр. було встановлено значну роль ХСК серед причин втрати придатності до військової служби за медичними показами (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Показники визнаних непридатними до військової служби з приводу ХСК за результатами роботи Центральної ВЛК за 2016–2020 роки (офіцери, військовослужбовці за контрактом, солдати строкової служби, офіцери та рядові, що призвані за мобілізацією)

Роки	Всього оглянуто хворих за всіма класами хвороб	Визнано непридатними по ХСК		Із них непридатні із зняттям із військового обліку		Із них непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у військовий час		Із них обмежено придатні до військової служби		Із них непридатні до 30 років		Потребують відпустки за станом здоров'я		
		Абс. число	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2016	14736	2326		15,8	306	28,3	715	19,1	389	24,1	172	12,2	916	11,7
2017	13947	2727		19,6	245	26,4	923	25,4	624	30	116	9,1	934	13,0
2018	15517	3405		22,0	331	35,4	1315	29,9	689	32,6	117	12,1	1070	13,3
2019	13567	3238		23,9	339	39,4	1077	27,9	731	35,6	87	8,6	966	14,3
2020	12230	3234		26,4	368	40,4	1176	35,6	896	42,5	80	12,1	794	18,8

Всього за період з 2016–2020 рр. у ЗС для огляду на ВЛК з приводу ХСК було представлено 14930 військовослужбовців (табл. 3.7), що складає $21,3 \pm 4,1$ % в загальній структурі представлених на ВЛК за медичними показами.

Слід зауважити, що з 2016 по 2020 рр. частка військовослужбовців, дискваліфікованих за медичними показами з приводу ХСК, в загальній структурі дискваліфікованих військовослужбовців за всіма класами хвороб збільшувалась з року в рік (рис. 3.8)

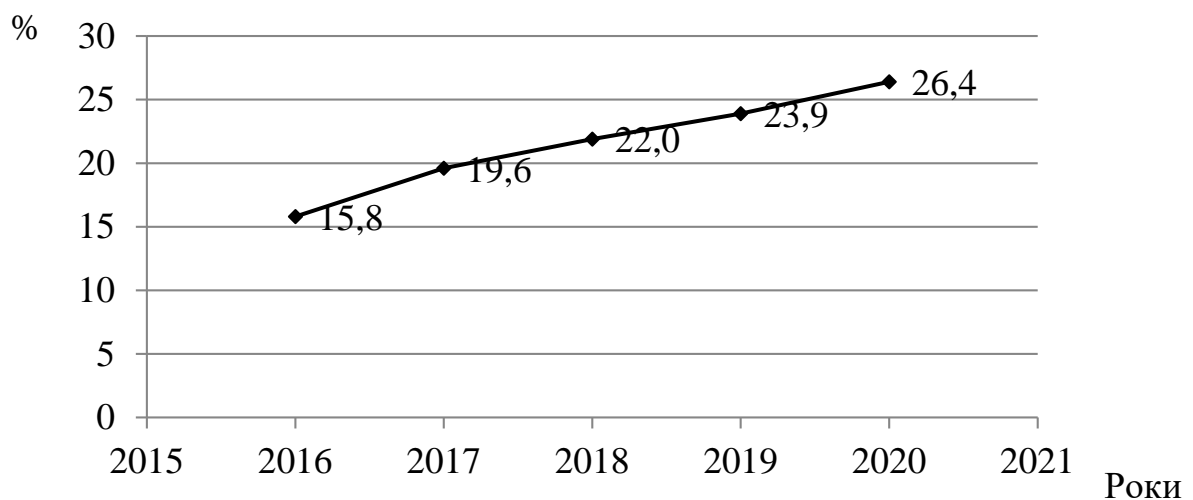


Рис. 3.8. Частка дискваліфікованих військовослужбовців за медичними показами з приводу ХСК в загальній структурі дискваліфікованих військовослужбовців за класами хвороб I-XXI з 2016 по 2020 рр., %

Проведено рейтинговий аналіз причин втрати придатності до військової служби за медичними показами за класами хвороб I-XXI з 2016 по 2020 рр. Встановлено, що протягом 2016-2019 рр. ХСК посідали другу рейтингову сходинку (поступаючись класу XIX «травми, отруєння та нещасні випадки») в структурі причин непридатності до військової служби серед всіх класів хвороб I-XXI з показниками відповідно: 15,8 %, 19,6 %, 22,0 %, 23,9 %, а в 2020 р. зайняли перше рейтингове місце з показником 26,4 % (рис. 3.9).

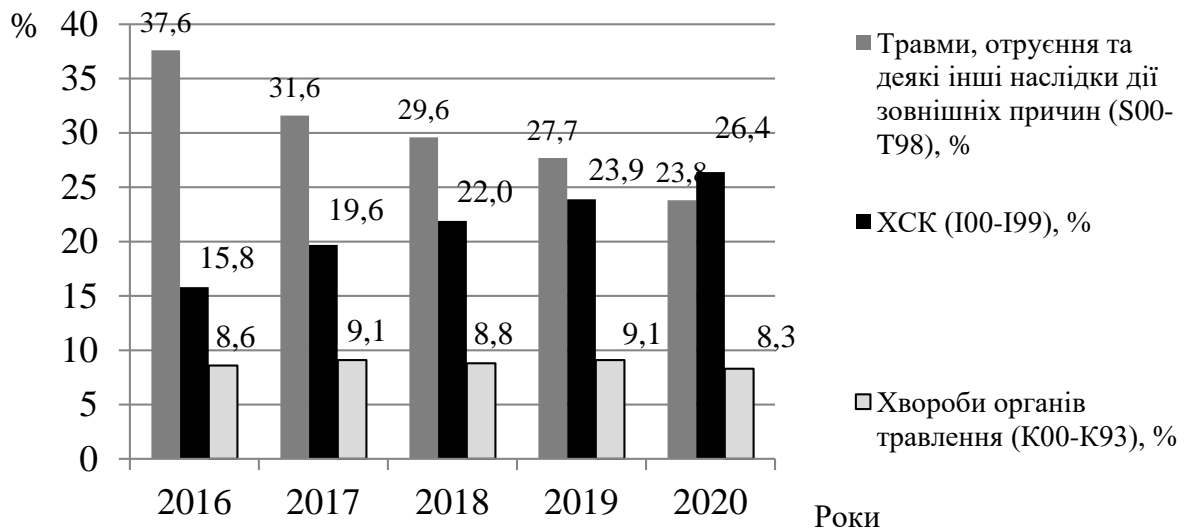


Рис. 3.9. Рейтинговий розподіл показників непридатності військовослужбовців до військової служби за медичними показаннями за класами хвороб з 2016 по 2020 рр.

Серед військовослужбовців, дискваліфікованих з приводу ХСК - 6006 осіб офіцерського складу за контрактом та мобілізацією (40,2 %), 7245 військовослужбовці рядового складу за контрактом та мобілізацією, що складає 48,5 % від усіх оглянутих з ХСК та 1679 військовослужбовців строкової служби (11,2 %) (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Питома вага ХСК в структурі причин втрати придатності до військової служби за медичними показаннями військовослужбовців всіх категорій у 2016-2020 (%)

Категорія військовослужбовців	Роки					Середньо-зважений показник
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Військовослужбовці офіцерського складу за контрактом	25,3	29,5	33,7	36,4	36,2	32,2±4,8
Військовослужбовці офіцерського складу, що призвані за мобілізацією	30,5	-	-	-	-	30,5

Продовження табл. 3.8

1	2	3	4	5	6	7
Військовослужбовці рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщики (мічмани) за контрактом	14,3	16,2	17,5	19	22	17,8±2,9
Військовослужбовці рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщики (мічмани), призвані за мобілізацією	11,5	3,4	-	-	-	7,5±5,7
Солдати строкової служби	16,8	19,0	17,4	19,1	20,1	18,5±1,3
Загалом за всіма категоріями військовослужбовців	15,8	19,6	22,0	23,9	26,4	21,3±4,1

Було проведено рейтингову оцінку питомої ваги ХСК в загальній структурі причин втрати професійної працездатності військовослужбовців, представлених на ВЛК за медичними показами, враховуючи категорію військовослужбовців, протягом вище вказаних років (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Рейтингова оцінка частки ХСК у загальній структурі причин непридатності військовослужбовців до військової служби за медичними показами у 2016-2020 рр.

Категорія військовослужбовців	Рейтингова оцінка частки ХСК, роки				
	2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6
Військовослужбовці офіцерського складу за контрактом	2	1	1	1	1
Військовослужбовці офіцерського складу, що призвані за мобілізацією	1	-	-	-	-

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4	5	6
Військовослужбовці рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщики (мічмани) за контрактом	2	2	2	2	2
Військовослужбовці рядового, старшинського, сержантського складу, прапорщики (мічмани), призвані за мобілізацією	1	1	0	0	0
Солдати строкової служби	1	1	1	1	1

Так, у офіцерів за контрактом ХСК змістились з другого рейтингового місця (2014-2016 р.) [132] – на перше в 2017-2020 рр. У рядових за контрактом в 2016-2020 рр. ХСК займали друге рейтингове місце, а перші позиції займав клас хвороб XIX (травми та отруєння). Слід зауважити, що в 2014-2015 роках [132] клас ХСК у даної когорти пацієнтів займав третє рейтингове місце, а перші позиції займали два класи хвороб – це клас XIX (травми та отруєння) з першим рейтинговим місцем та клас V (розлади психіки і поведінки) – з другим.

Значимість ХСК, як причини професійної дискваліфікації солдатів строкової служби, впродовж зазначеного періоду не змінювалось: ХСК займали перше рейтингове місце серед причин дискваліфікації солдатів строкової служби за медичними показами за п'ятирічний період ($18,5 \pm 1,3$ %).

Було проаналізовано структуру за нозологічними формами ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців всіх категорій з 2016 по 2020 рр. (табл. 3.10). Протягом зазначеного періоду, АГ була основною причиною звільнення військовослужбовців із військової служби за медичними показами. Проте, частка військовослужбовців, які були визнані непридатними до військової служби з 2019 по 2020 рр. з приводу АГ зменшилась з 55,4 % до 43,6 % (табл. 3.10, рис. 3.10).

**Структура причин непридатності до військової служби
військовослужбовців всіх категорій за нозологічними формами ХСК з
2016 по 2020 рр. (%)**

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньо- зважений показник
	2016	2017	2018	2019	2020	
Ревматизм, хронічні ревматичні хвороби, хвороби серця з серцевою недостатністю (СН) або розладом загального кровообігу (I 00-I09, I26-I52)	22,5	11,0	15,3	18,5	15,4	16,5±4,3
АГ (I10-I15)	55,4	32,8	37,8	36,6	43,6	41,2±8,8
ІХС (I20-I25)	5,8	10,0	10,6	10,7	11,4	9,7±2,2
ЦВХ (I60-I69)	6,7	8,0	10,2	10,2	12,8	9,6±2,3
Хвороби артерій, артеріол та капілярів (I70-79)	0,5	2,1	1,8	3,7	1,6	1,9±1,2
Хвороби вен, лімфатичних судин (I80-I81)	9,1	23,9	24,4	23,6	15,2	19,2±6,8

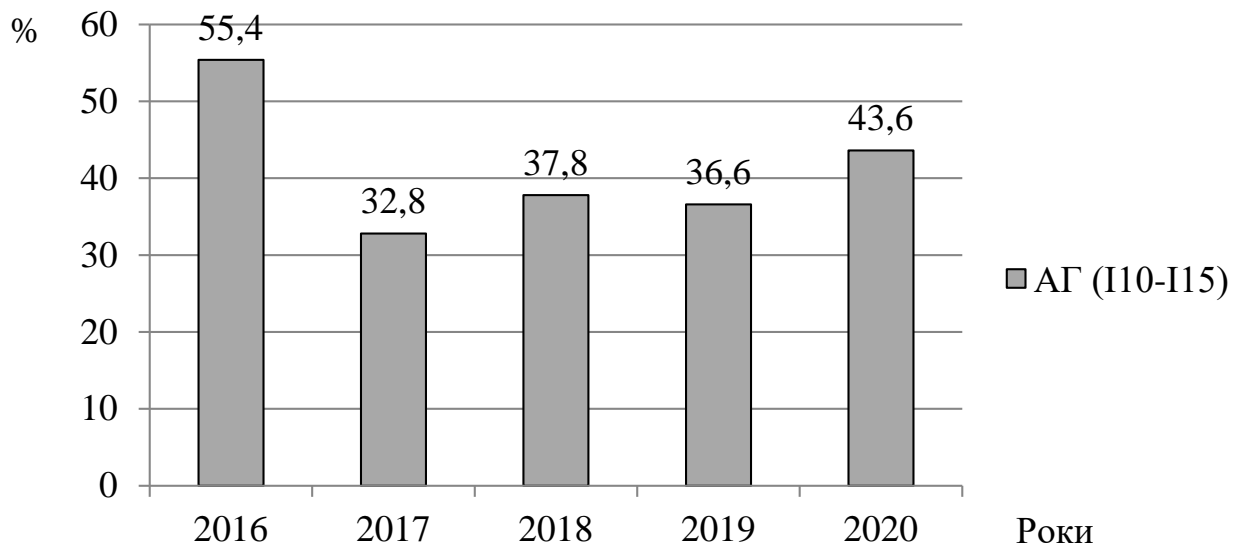


Рис. 3.10. Динаміка питомої ваги АГ в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців всіх категорій за медичними показами з 2016 по 2020 рр.

Звертає на себе увагу значне зростання питомої ваги ІХС в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців: так цей показник збільшився з 5,8 % в 2016 р. до 11,4 % до 2020 р., а також ЦВХ з 5,8 % в 2016 р. до 12,8 % в 2020 р. (табл. 3.10, рис. 3.11).

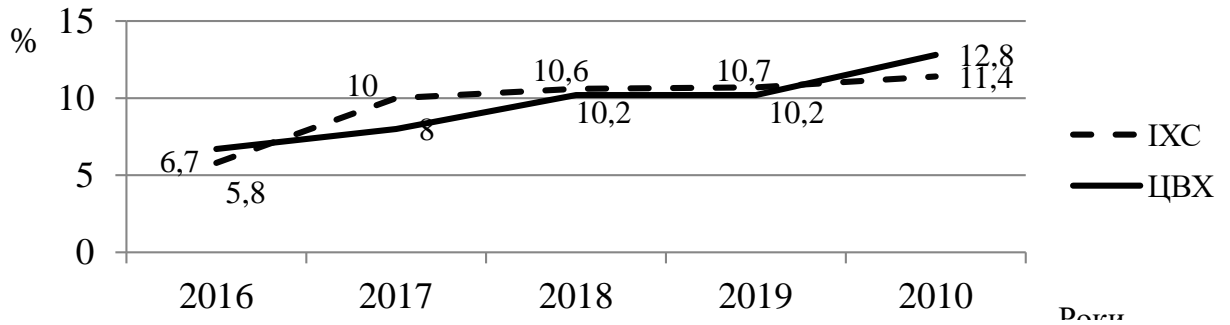


Рис. 3.11. Динаміка питомої ваги ІХС та ЦВХ в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців всіх категорій за медичними показами з 2016 по 2020 рр.

Було з'ясовано, що за зазначений період АГ стала причиною втрати професійної працездатності переважно офіцерів за контрактом (47,4 %) та призваних за мобілізацією (39 %) (табл. 3.11, табл. 3.12, відповідно).

Таблиця 3.11

Питома вага окремих нозологічних форм ХСК, за якими звільнено військовослужбовців офіцерського складу за контрактом з 2016 по 2020 рр., (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньо-зважений показник
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Ревматизм, хронічні ревматичні хвороби, хвороби серця з СН або розладом загального кровообігу (I00-I09, I26-I52)	12,6	9,4	9,98	11,6	8,97	10,5±1,5
АГ (I10-I15)	36,5	47,6	49,3	49,5	53,9	47,4±6,5

Продовження табл. 3.11

1	2	3	4	5	6	7
ІХС (I20-I25)	13,7	12,3	9,91	13,3	10,95	12,0±1,6
ЦВХ (I60-I69)	14,8	10,6	13,1	13,1	14,5	13,2±1,7
Хвороби артерій, артеріол та капілярів (I70-I79)	1,8	1,96	1,73	5,6	1,2	2,5±1,8
Хвороби вен, лімфатичних судин (I80-I81)	20,5	18,2	15,95	14,8	10,5	16,0±3,8

Крім того, звертає на себе увагу високий показник дискваліфікації військовослужбовців офіцерського складу, призваних за мобілізацією, з приводу ІХС (табл. 3.12). За даними літературних джерел [132] відомо, що в 2015 році відповідний показник становив 13,6 %.

Таблиця 3.12

Питома вага окремих нозологічних форм ХСК, за якими звільнено військовослужбовців офіцерського складу, призваних за мобілізацією з 2016 по 2020 рр., (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньозважений показник
	2016	2017	2018	2019	2020	
Ревматизм, хронічні ревматичні хвороби, (I 00-I09, I26-I52)	12,3	-	-	-	-	12,3
АГ (I10-I15)	39	-	-	-	-	39
ІХС (I20-I25)	23,6	-	-	-	-	23,6
ЦВХ (I60-I69)	8,2	-	-	-	-	8,2
Хвороби артерій, артеріол та капілярів (I70-I79)	2,8	-	-	-	-	2,8
Хвороби вен, лімфатичних судин (I80-I81)	14,2	-	-	-	-	14,2

З 2016 по 2020 рр. у військовослужбовців рядового складу за контрактом значно зростає в структурі дискваліфікації з приводу ХСК питома вага АГ, ІХС та ЦВХ (табл. 3.13, рис. 3.12).

**Питома вага окремих нозологічних форм ХСК, за якими звільнено
військовослужбовців рядового складу за контрактом з 2016 по 2020 рр.,
(%)**

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньо-зважений показник
	2016	2017	2018	2019	2020	
Ревматизм, хронічні ревматичні хвороби, хвороби серця з СН або розладом загального кровообігу І 00-І09 І26-І52	20,7	14,7	10,4	13,2	10,6	13,9±4,2
АГ І10-І15	21,7	30,4	33,7	33,9	40,9	32,1±7,0
ІХС І20-І25	11,9	10,5	13,6	11,6	14,1	12,3±1,5
ЦВХ І60-І69	12,2	8,1	9,7	10,4	13,3	10,7±2,1
Хвороби артерій, артеріол та капілярів, І 70-І79	2,7	2,6	2,2	2,9	2,4	2,6±0,3
Хвороби вен, лімфатичних судин, І80-І81	30,7	33,7	30,4	28,0	18,8	28,3±5,7

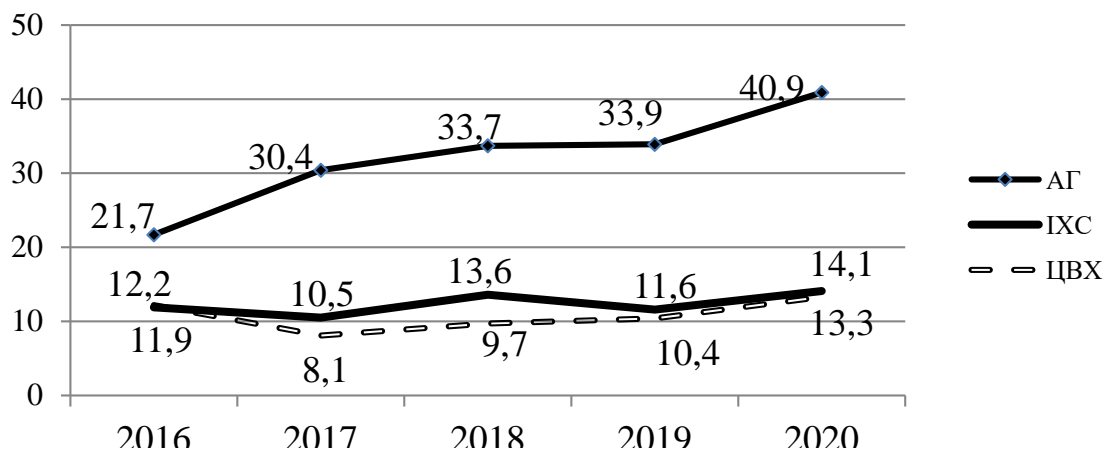


Рис. 3.12. Динаміка питомої ваги АГ, ІХС та ЦВХ в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців рядового складу за контрактом з 2016 по 2020 рр.

Основними нозологічними формами ХСК, за якими було звільнено в 2016 та 2017 роках військовослужбовців рядового складу, призваних за мобілізацією, були: АГ, хвороби вен та лімфатичних судин та ІХС (табл. 3.14)

Таблиця 3.14

**Нозологічні форми ХСК, за якими звільнено
військовослужбовців рядового складу, призваних за мобілізацією
з 2016 по 2017 рр., (%)**

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньо-зважений показник
	2016	2017	2018	2019	2020	
Ревматизм, хронічні ревматичні хвороби, хвороби серця з СН або розладом загального кровообігу I 00-I09 I26-I52	18	0	-	-	-	9,0±9,0
АГ I10-I15	20,8	50	-	-	-	35,4±14,6
ІХС I20-I25	11,2	16,7	-	-	-	14,0±3,9
ЦВХ I60-I69	9,3	16,7	-	-	-	13±3,7
Хвороби артерій, артеріол та капілярів, I 70-I79	4,1	16,7	-	-	-	10,4±6,3
Хвороби вен, лімфатичних судин, I80-I81	36,6	0	-	-	-	18,3±18,3

З 2016 по 2020 рр. основними причинами дискваліфікації військовослужбовців строкової служби з ХСК були нозологічні форми, які об'єднані в підрозділ «Ревматизм, хронічні ревматичні хвороби, хвороби серця з серцевою недостатністю або розладом загального кровообігу (I00-I09, I26-I52) (56,7±9,1 %), а також «Хвороби вен, лімфатичних судин» (I80-I81) (32,1±6,7 %) (табл. 3.15).

**Нозологічні форми ХСК, за якими звільнено солдатів строкової
служби, з 2016 по 2020 рр., (%)**

Нозологічні форми IX класу	Роки					Середньозважений показник
	2016	2017	2018	2019	2020	
Ревматизм, хронічні ревматичні хвороби, хвороби серця з СН або розладом загального кровообігу I 00-I09 I26-I52	50,2	48,1	57,2	56,7	71,3	56,7±9,1
АГ I10-I15	10	12,0	10,3	7,1	6,4	9,2±2,3
ІХС I20-I25	0	0,3	0	0	0	0,06±0,1
ЦВХ I60-I69	0	0,9	0,8	0,7	1,0	0,68±0,4
Хвороби артерій, артеріол та капілярів, I 70-I79	1,7	3,5	0	0,7	0,3	1,24±1,4
Хвороби вен, лімфатичних судин, I80-I81	38,2	35,2	31,7	34,7	20,9	32,1±6,7

Таким чином, аналіз причин непридатності військовослужбовців за медичними показами з 2016 по 2020 рр. показав вагоме медико-соціальне значення ХСК для ЗС України, а значне зростання питомої ваги ІХС та ЦВХ в структурі ХСК, які стали в цей період причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців всіх категорій за медичними показами, потребують удосконалення профілактичних медико-організаційних заходів.

3.3. Аналіз показників госпіталізованої захворюваності у військовослужбовців в 2016-2020 рр. з приводу хвороб системи кровообігу: динаміка показників щодо ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда

Вивчення показників госпітальної захворюваності дозволяє більш раціонально планувати та організовувати медичну допомогу

військовослужбовцям та спостерігати за динамічними змінами в їх здоров'ї [69]. Загалом, протягом 2016-2020 рр. спостерігається збільшення показників госпітальної захворюваності з 171,6 ‰ в 2016 р. до 198,3 ‰ в 2019 р. з деяким зниженням в 2020 р. до 197,2 ‰, з середнім темпом приросту +3,55 ‰. (рис.3.13).

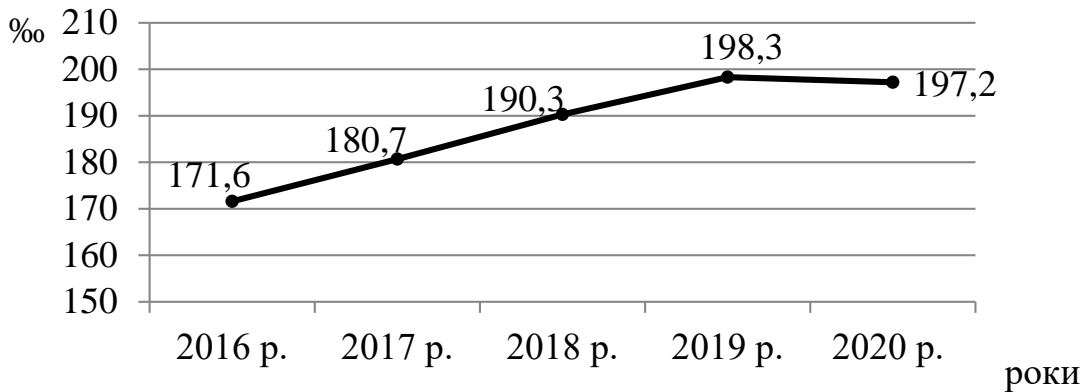


Рис.3.13. Динаміка показників госпітальної захворюваності на ХСК серед військовослужбовців ЗС України за 2016-2020 рр. (‰).

Хоча показники госпіталізованої захворюваності в 2016-2020 рр. є найвищими серед пенсіонерів МО України (середньозважений 397,9 ‰), проте середній темп їх приросту має негативне значення (-3,1 ‰). У військовослужбовців офіцерського складу та контрактної служби темп приросту показників госпітальної захворюваності за вище вказані роки - найвищий (+ 11,6 ‰) (табл. 3.16).

Таблиця 3.16.

Показники госпітальної захворюваності військовослужбовців різного контингенту з 2016 по 2020 рр. (‰)

Показник	Роки					Середньо-зважений показник М	Середній темп приросту, %
	2016	2017	2018	2019	2020		
1	2	3	4	5	6	7	8
Військовослужбовці офіцерського складу та військовослужбовці за контрактом	133,0	150,6	170,3	182,1	205,8	168,4	+11,6

Продовження табл. 3.16

1	2	3	4	5	6	7	8
Військовослужбовці інших силових відомств	114,6	135,0	134,5	124,5	143,9	130,5	+6,4
Військовослужбовці строкової служби, курсанти МО	38,6	37,6	36,8	40,7	37,3	38,2	-0,6
Пенсіонери МО	405,0	412,7	417,9	399,9	354,1	397,9	-3,1

В структурі госпіталізованої захворюваності з приводу ХСК військовослужбовців офіцерського складу та військовослужбовців за контрактом в 2016-2020 рр. перше рейтингове місце займає АГ з середньозваженим показником $58,28 \pm 2,09$ % та з середнім темпом приросту + 5,26 %. Друге місце – ІХС ($9,86 \pm 0,198$ %) з середнім темпом приросту + 1,7 %. Третє місце – ЦВХ ($8,8 \pm 1,009$ %, з найвищим темпом приросту + 15,6 %, в т.ч. ГПМК + 35,9 %) (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Структура госпітальної захворюваності військовослужбовців офіцерського складу та за контрактом ЗС України за нозологічними формами ХСК з 2016 по 2020 рр. (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньозважений показник $M \pm m$
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Гострий ревматизм	0,021	0,023	0,008	0,023	0,357	$0,09 \pm 0,068$
Хронічні ревматичні хвороби серця	0,77	0,24	0,24	0,34	0,24	$0,37 \pm 0,10$
АГ	50,58	57,47	62,09	59,61	61,63	$58,28 \pm 2,09$
ІХС	9,94	9,78	9,73	9,33	10,54	$9,86 \pm 0,198$
з них стенокардія	39,23	35,38	40,28	34,64	34,17	$36,74 \pm 1,26$
з них ІМ	4,35	1,19	2,08	2,89	2,90	$2,68 \pm 0,52$
ЦВХ	6,84	6,78	8,17	10,07	12,03	$8,78 \pm 1,009$

Продовження табл. 3.17

1	2	3	4	5	6	7
з них ГПМК	0,35	0,66	0,39	0,45	0,82	0,53±0,09
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	2,88	2,94	0,95	1,02	0,69	1,7±0,487
Флебіт, тромбофлебіт	1,33	0,82	0,66	0,49	0,62	0,78±0,15
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	5,32	3,22	2,9	3,12	2,45	3,40±0,49
Геморой	6,38	4,79	3,62	3,43	2,68	4,18±0,64
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	1,95	2,01	1,97	1,34	1,49	1,75±0,14

Слід зауважити, що протягом зазначеного періоду у військовослужбовців офіцерського складу та за контрактом в структурі госпіталізованої захворюваності з приводу ІХС (темп приросту +1,68 %) вагоме місце займає стенокардія напруги з середньозваженим показником 36,7 %, проте темп приросту – негативний (- 2,8 %). Середній темп приросту показників госпіталізованої захворюваності з приводу інфаркту міокарда в даній когорті високий (+10,36 %) (рис. 3.14)

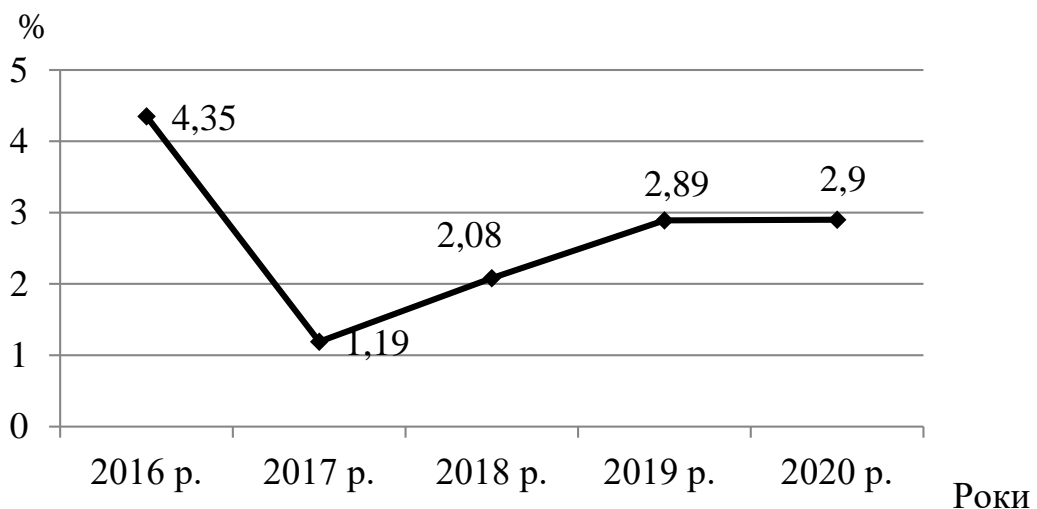


Рис. 3.14. Показники госпіталізованої захворюваності з приводу ІМ у військовослужбовців офіцерського складу та за контрактом з 2016 по 2020 рр. (%)

Потребує уваги (табл. 3.17) надзвичайно високі середні темпи приросту з 2016 по 2020 рр. показників госпіталізованої захворюваності з приводу ревматизму (+ 381,3 %), хоча його питома вага в структурі захворюваності на ХСК невелика ($0,09 \pm 0,068$).

Структура госпіталізованої захворюваності військовослужбовців інших силових структур з приводу ХСК наведена в табл. 3.18.

Таблиця 3.18

**Структура госпітальної захворюваності військовослужбовців
інших силових структур за нозологічними формами ХСК з 2016 по
2020 рр. (%)**

Нозологічні форми IX класу	Роки					Середньо-зважений показник M±m
	2016	2017	2018	2019	2020	
Гострий ревматизм	0	0,26	0	0	0	0,26
Хронічні ревматичні хвороби серця	1,48	0	0,27	0	0	0,88±0,46
АГ	40,06	46,61	42,62	40,60	41,63	42,31±1,16
ІХС	11,57	9,64	9,84	9,89	13,57	10,90±0,75
з них стенокардія	53,85	45,95	52,78	58,97	30,0	48,31±5,02
з них ІМ	12,82	2,7	8,33	7,69	13,33	8,98±1,94
ЦВХ	12,46	9,89	16,39	10,40	11,31	12,09±1,16
з них ГПМК	2,67	1,30	1,37	2,03	2,26	1,93±0,26
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	0,89	1,56	1,64	3,55	3,17	2,16±0,51
Флебіт, тромбофлебіт	1,48	1,04	1,64	1,27	1,81	1,45±0,14
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	5,34	4,95	6,83	8,63	5,43	6,24±0,68
Геморой	8,01	4,95	1,91	6,85	4,98	5,34±1,03
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	2,37	5,47	3,83	3,81	1,81	3,46±0,64

Таким чином (табл. 3.18), в структурі госпіталізованої захворюваності з приводу ХСК даного контингенту військовослужбовців перше рейтингове місце займає АГ (середньозважений показник $42,31 \pm 1,16$, з середнім темпом приросту $+1,4\%$), друге місце – ЦВХ ($12,09 \pm 1,16\%$, приріст $+4,3\%$; в т.ч. ГПМК $+3,4\%$), третє місце – ІХС ($10,54 \pm 2,68\%$, з темпом приросту $+5,78\%$). Слід зауважити, що інфаркт міокарда з 2016 по 2020 рр. в даній когорті мав середній темп приросту $+48,8\%$ (рис. 3.15)

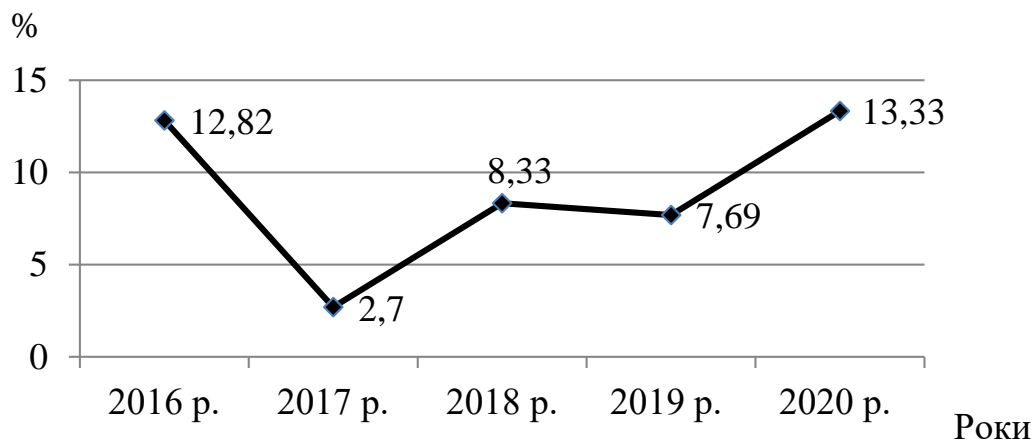


Рис. 3.15 Показники госпіталізованої захворюваності з приводу ІМ у військовослужбовців інших силових структур з 2016 по 2020 рр. (%)

В структурі госпіталізованої захворюваності з приводу ХСК пенсіонерів МО України перше рейтингове місце займає ІХС ($39,19 \pm 1,13\%$, динаміка зростання показників негативна $-2,4\%$), друге місце – ЦВХ ($24,43 \pm 0,57\%$, приріст $+2,7\%$; в т.ч. ГПМК $+18,49\%$), третє місце – АГ ($24,13 \pm 0,44\%$, з темпом приросту $+1,53\%$) (табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Структура госпітальної захворюваності пенсіонерів МО за нозологічними формами ХСК з 2016 по 2020 рр. (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньозважений показник $M \pm m$
	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7
Гострий ревматизм	0,018	0,036	0,027	0,009	0	$0,02 \pm 0,006$

Продовження табл. 3.19

1	2	3	4	5	6	7
Хронічні ревматичні хвороби серця	0,31	0,15	0,21	0,26	0,15	0,22±0,032
АГ	23,17	22,98	25,01	24,94	24,54	24,13±0,44
ІХС	40,63	42,62	39,14	36,90	36,65	39,19±1,13
з них стенокардія	60,65	60,22	54,88	52,74	54,32	56,56±1,62
з них ІМ	6,83	5,86	5,32	10,17	12,971	8,23±1,45
ЦВХ	23,53	23,52	23,51	25,49	26,12	24,43±0,57
з них ГПМК	5,28	5,28	5,35	5,55	9,38	6,17±0,8
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	6,39	6,42	6,59	5,986	5,856	6,25±0,14
Флебіт, тромбофлебіт	0,541	0,56	0,54	0,44	0,67	0,55±0,04
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	0,89	0,89	0,99	1,04	0,93	0,95±0,03
Геморой	0,68	0,44	0,49	0,57	0,67	0,57±0,05
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	0,55	0,55	0,54	0,51	0,42	0,51±0,02

Потребує уваги, що у пенсіонерів МО України в 2016-2020 рр. середній темп приросту ІМ становить +23,86 % (рис. 3.16)

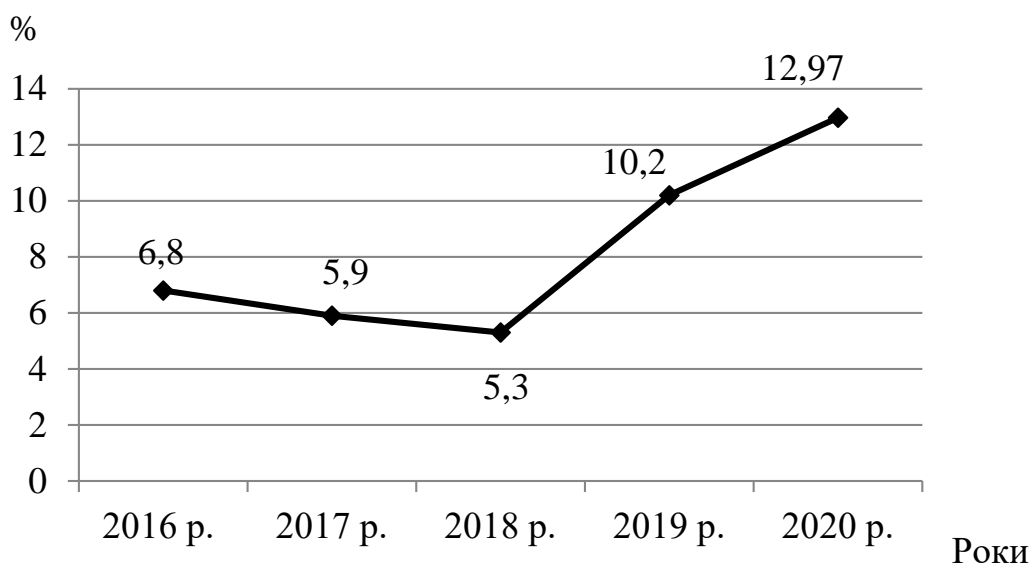


Рис. 3.16. Показники госпіталізованої захворюваності з приводу інфаркту міокарда у пенсіонерів МО України з 2016 по 2020 рр. (%)

В структурі госпіталізованої захворюваності з приводу ХСК в 2016-2020 рр. військовослужбовців строкової служби перше рейтингове місце займає геморой ($15,37 \pm 0,32$ %, середній приріст показників $+5,27$ %.), друге місце – “Інші хвороби вен, лімфатичних судин” ($13,45 \pm 0,54$ % , динаміка приросту показників негативна $-8,96$ %), третє місце – хвороби артерій, артеріол та капілярів ($5,58 \pm 0,29$ %, динаміка приросту показників негативна $-7,3$ %) (табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Структура госпіталізованої захворюваності військовослужбовців строкової служби за нозологічними формами ХСК з 2016 по 2020 рр. (%)

Нозологічні форми ІХ класу	Роки					Середньо-зважений показник $M \pm m$
	2016	2017	2018	2019	2020	
Гострий ревматизм	0	0	0,092	0,087	2,87	$1,02 \pm 0,74$
Хронічні ревматичні хвороби серця	0,69	0,39	0,37	0,26	0,29	$0,4 \pm 0,03$
АГ	2,76	3,97	4,82	3,23	3,29	$3,62 \pm 0,16$
ІХС	0	0,097	0,186	0,087	0,143	$0,13 \pm 0,03$
з них стенокардія	0	0,097	0,093	0,087	0,143	$0,17 \pm 0,09$
з них інфаркт міокарда	0	0	0	0	0	0
ЦВХ	0,985	0,194	1,113	0,786	1,289	$0,87 \pm 0,08$
з них ГПМК	0,098	0	0	0,524	0,429	$0,35 \pm 0,15$
Хвороби артерій, артеріол та капілярів	6,108	7,752	4,916	5,240	3,868	$5,58 \pm 0,29$
Флебіт, тромбофлебіт	3,25	3,10	2,50	1,31	3,152	$2,66 \pm 0,16$
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	4,73	4,94	5,29	6,11	3,87	$4,99 \pm 0,16$
Геморой	13,20	14,24	16,51	16,86	16,05	$15,37 \pm 0,32$
Інші хвороби вен, лімфатичних судин	15,17	13,08	16,61	12,93	9,46	$13,45 \pm 0,54$

Потребує уваги (табл. 3.20) надзвичайно високі середні темпи приросту в структурі госпітальної захворюваності у військовослужбовців строкової служби з 2016 по 2020 рр. такої нозологічної форми, як ревматизм (+1067,5 %), а також зростання середнього темпу приросту АГ (+8,6 %), ІХС (+ 34,2 %, з них стенокардія +17,9 %), ЦВХ (+107 %, з них ГПМК +208,3 %), що обов'язково треба враховувати під час розробки та запровадження профілактичних стратегій.

Таким чином, високі темпи зростання показників госпітальної захворюваності, зокрема на АГ, ІХС, ЦВХ, серед військовослужбовців офіцерського складу, контрактної служби та військовослужбовців строкової служби обумовлюють необхідність запровадження інноваційних та міждисциплінарних підходів до планування та проведення профілактичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я військовослужбовців.

Висновки до розділу 3.

1. У військовослужбовців ЗС України виявлено зростання захворюваності на ХСК (ІХ клас) з 48,95 ‰ в 2016 році до 64,28 ‰ в 2019 р. та деяким зниженням до 57,85 ‰ в 2020 році з середнім темпом приросту + 5,19 %. Найвищий темп зростання показників захворюваності – у військовослужбовців строкової служби (+16,8 %) та військовослужбовців за контрактом (+ 8,68 %) і дещо менший – у військовослужбовців офіцерського складу (+ 2,9 %). У військовослужбовців строкової служби, незважаючи на молодий вік цього контингенту, спостерігається зростання середнього темпу приросту АГ (+26,5 %), ІХС (+ 202,97 %, з них стенокардія + 29,97 %), ЦВХ (+ 54,5 %, з них ГПМК + 45,4 %), що обов'язково треба враховувати під час розробки та запровадження профілактичних стратегій.

З 2016 по 2020 рр. виявлено збільшення темпів приросту ІМ: у військовослужбовців контрактної служби + 64,9 % та офіцерського складу + 27,5 %, що обґрунтовує необхідність підвищення якості надання медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС. У всіх контингентів

військовослужбовців (особливо контрактної служби + 741,3 %) спостерігається зростання середніх темпів приросту ревматизму, хоча його питома вага в структурі захворюваності на ХСК невелика.

2. В структурі причин дискваліфікації військовослужбовців за медичними показаннями з 2016 по 2020 рр. ХСК займають чільне місце з середньозваженим показником $21,3 \pm 4,1$ %. Частка дискваліфікованих військовослужбовців за медичними показаннями з приводу ХСК в загальній структурі військовослужбовців, які втратили придатність до військової служби за медичними показаннями, за класами хвороб I-XXI з 2016 по 2020 рр. зросла та становила відповідно: 15,8 %, 19,6 %, 22,0 %, 23,9 %, 26,4 %. Протягом 2016-2019 рр. ХСК посідали другу рейтингову сходинку в структурі причин непридатності до військової служби серед всіх класів хвороб I-XXI, а в 2020 р. зайняли перше рейтингове місце. Спостерігається значне зростання питомої ваги ІХС в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців: так цей показник збільшився з 5,8 % в 2016 р. до 11,4 % до 2020 р., а також ЦВХ з 5,8 % в 2016 р. до 12,8 % в 2020 р.

3. Протягом 2016-2020 рр. спостерігається збільшення показників госпітальної захворюваності з 171,6‰ в 2016 р. до 198,3‰ в 2019 р. з деяким зниженням в 2020 р. до 197,2‰, з середнім темпом приросту +3,55 %. У військовослужбовців офіцерського складу та контрактної служби темп приросту показників госпітальної захворюваності за вище вказані роки - найвищий (+11,6 %), крім того спостерігається високий середній темп приросту показників госпіталізованої захворюваності з приводу ІМ (+ 10,36 %).

Матеріали розділу 3 представлені в друкованих роботах [42, 113].

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА

4.1. Поширеність коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли інфаркт міокарда

Доведено, що клінічний перебіг і прогноз у хворих на ІХС значною мірою зумовлені наявністю та комбінацією факторів ризику ССЗ і коморбідної патології. Основними заходами щодо зменшення негативних наслідків ІХС є її профілактика та своєчасне виявлення, а також комплексний підхід до лікування з використанням сучасних препаратів з доведеною ефективністю (2019 Guidelines on Chronic Coronary Synromes; УКПМД “Стабільна ішемічна хвороба серця”, 2021) [161, 89]. Проте, за коморбідності патологій прогнозування результатів терапії надзвичайно проблематично [144]. Крім того, наявна супутня патологія утруднює як діагностику (стертість клінічної картини, полісимптомність, атипові прояви), лікування (наявність протипоказань до застосування сучасних методів терапії), так і здійснення засобів вторинної профілактики [189]. Коморбідність призводить до зростання витрат на лікувальний процес і продовжує тривалість госпіталізації пацієнтів, а отже, передбачає збільшення витрат у системі охорони здоров'я [53]. Серед пацієнтів, які були включені до Українського реєстру гострого ІМ, АГ виявлена у 79 %, ЦД – у 19,1 %, хронічна СН – у 24 % [71]. Проведений аналіз поширення коморбідної патології у пацієнтів віком до 75 років, які перенесли ургентне та планове черезкірне коронарне втручання (ЧКВ), показало високу поширеність коморбідності у хворих: середня кількість захворювань у пацієнтів з ургентним ЧКВ та з плановим ЧКВ становила $8,2 \pm 0,3$ та $9,3 \pm 0,4$ відповідно, десять і більше захворювань виявлено відповідно у $28,3 \pm 5,8$ % та $43,6 \pm 5,6$ % пацієнтів; найчастішими

супутніми захворюваннями були АГ, ЦВХ, захворювання периферичних артерій, ЦД 2 типу, порушення метаболізму глюкози [198]. В літературних джерелах є фрагментарні відомості щодо особливостей поширеності та перебігу коморбідної патології у хворих на ІХС військовослужбовців (Ткачук І. М., Мороз Г. З., Буженко А. І., 2016; Куц Т. В., Мороз Г. З., 2020; Селюк О. В., 2021; Воронко А. А і співав., 2021), [40, 47, 318, 38. 16]. Відсутні відомості щодо її поширеності коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на ІХС, які перенесли ІМ.

У військовослужбовців, хворих на ІХС та перенесли ІМ, виявлено в обох дослідних групах високу поширеність коморбідної патології (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

**Поширеність коморбідної патології у військовослужбовців,
хворих на ІХС, які перенесли ІМ**

Коморбідна патологія	Всього (n=83)		І група (n=41)		ІІ група (n=42)		р I-II група
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m	
1	2	3	4	5	6	7	8
АГ	50	60,2±5,4	24	58,5±7,7	26	64,3±7,4	0,59
Стенозуючий атеросклероз сонних артерій	47	56,6±5,4	24	58,5±7,7	23	54,8±7,7	0,74
Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок	4	4,8±2,3	0	0	4	9,5±4,5*	0,04
ЦВХ з дисциркуляторною енцефалопатією I-II ст.	31	37,3±5,3	10	24,4±6,7	21	50,0±7,7	0,02
ГПМК	7	8,4±3,0	2	4,9±3,4	5	11,9±5,0	0,25
Ожиріння I-III ст	30	36,1±5,3	20	48,8±7,8	10	23,8±6,6	0,02
ЦД (2 тип)	11	13,3±3,7	3	7,3±4,1	8	19,0±6,1	0,12
Порушення толерантності до глюкози	7	8,4±3,0	4	9,8±4,6	3	7,1±4,0	0,66
Захворювання щитоподібної залози	11	13,3±3,7	5	12,2±5,1	6	14,3±5,4	0,77
Хронічне обструктивне захворювання легень	5	6,0±2,6	2	4,9±3,4	3	7,1±4,0	0,67
Бронхіальна астма	1	1,2±1,2	1	2,4±2,4	0	0	0,32
Хронічний необструктивний бронхіт	2	2,4±1,7	2	4,9±3,4	0	0	0,15

Продовження табл. 4.

1	2	3	4	5	6	7	8
Неалкогольна жирова хвороба печінки	14	16,9±4,1	9	22,0±6,5	5	11,9±5,0	0,23
Криптогенний гепатит	1	1,2±1,2	0	0	1	2,4±2,4	0,32
Гепатит С	2	2,4±1,7	2	4,9±3,4	0	0	0,15
Цироз печінки	1	1,2±1,2	1	2,4±2,4	0	0	0,32
Хронічний холецистит	15	18,1±4,2	6	14,6±5,5	9	21,4±5,3	0,42
Хронічний панкреатит	16	19,3±4,3	8	19,5±6,2	8	19,0±6,1	0,95
Хронічний гастродуоденіт	18	21,7±4,5	11	26,8±6,9	7	16,7±5,8	0,27
Гастроезофагальна рефлюксна хвороба	1	1,2±1,2	0	0	1	2,4±2,4	0,32
Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки	17	20,5±4,4	7	17,1±5,9	10	23,8±6,6	0,45
Геморой	2	2,4±1,7	1	2,4±2,4	1	2,4±2,4	1
Варикозна хвороба нижніх кінцівок	3	3,6±2,0	1	2,4±2,4	2	4,8±3,3	0,56
Подагра/гіперурикемія	4	4,8±2,3	1	2,4±2,4	3	7,14±4,0	0,32
Хронічна ниркова недостатність (I-III ст.)	5	6,0±2,6	2	4,8±3,4	3	7,2±4,0	0,65
Сечосольовий діатез	2	2,4±1,7	2	4,9±3,4	7	16,7±5,8	0,08
Конкременти нирок	4	4,8±2,3	1	2,4±2,4	3	7,1±4,0	0,31
Остеохондроз хребта	25	30,1±5,0	10	24,4±6,7	15	35,7±7,4	0,26
Остеоартроз	1	1,2±1,2	1	2,4±2,4	0	0	0,32

Примітка. * – вірогідність різниці між групами I-II групою, $p < 0,05$.

Встановлено високу поширеність АГ у військовослужбовців з ІХС, які перенесли ІМ – $60,2 \pm 5,4$ %: $58,5 \pm 7,7$ % в 1-й групі та $64,3 \pm 7,4$ % в 2-й групі, при $p > 0,05$.

Поєднання АГ та ІХС дуже негативно впливає на клінічний профіль та прогноз пацієнтів. АГ присутня у 47 % пацієнтів з ІХС та спричинює в них 54 % смертей, пов'язаних із кардіоваскулярною патологією [253, 261].

Стандартизована смертність хворих з ІХС удвічі більша у пацієнтів з АГ, ніж у пацієнтів без АГ (3,6 та 1,9 на 1000 пацієнто-років відповідно) [225].

Пацієнтам з АГ властивий широкий спектр надшлуночкових і шлуночкових порушень ритму серця, зокрема, екстрасистоля, фібриляція передсердь, шлуночкова тахікардія, раптова аритмогенна смерть тощо [349].

Саме тому клінічні керівництва і програми втручання акцентують увагу на необхідності контролю та досягненню цільового рівня АТ для первинної та вторинної профілактики ураження органів-мішеней [237, 161].

Відомо, що підвищений АТ стимулює і прискорює усі фази розвитку атеросклеротичного процесу: від початку утворення бляшки до її розриву. Наявність атеросклеротичного ураження одного судинного басейну свідчить про високий ризик залучення іншого. Мультифокальний атеросклероз підвищує ризик розвитку ускладнень у хворих на ІХС, як при гострих, так і хронічних станах, та визначає складність у виборі тактики лікування пацієнтів [161].

Клінічно значимими проявами атеросклерозу є захворювання артерій нижніх кінцівок та цереброваскулярні захворювання. За результатами дослідження цереброваскулярні захворювання з дисциркуляторною енцефалопатією I-III ст. було діагностовано у $37,3 \pm 5,3$ % хворих: у хворих I групи у $24,4 \pm 6,7$ % та у $50,0 \pm 7,7$ % II групи ($p < 0,05$); стенозуючий атеросклероз сонних артерій у $56,6 \pm 5,4$ % хворих: $58,5 \pm 7,7$ % I групи та $54,8 \pm 7,7$ % II групи ($p > 0,05$); атеросклеротичне ураження артерій нижніх кінцівок у $4,8 \pm 2,3$ % хворих: I групи у 0 % та у $9,5 \pm 4,5$ % II групи ($p < 0,05$).

Коморбідність та важкість стану хворих з мультифокальним атеросклерозом вимагають визначення пріоритетних зон реконструкції та визначає тактику лікування. Відомо, що виконана ендартеректомія на тлі хірургічно не корегованої ІХС, супроводжується 17 % ризиком періопераційного інфаркту міокарда та 20 % летальним ризиком. А частота неврологічних ускладнень, пов'язаних з атеросклеротичним ураженням інтра- та екстракраніальних судин, при операціях на серці із застосуванням штучного кровообігу становить від 1 до 6 % [151, 159].

В нашому дослідженні пацієнтам у 67,5 % хворих (n=56) були проведені реперфузійні оперативні втручання, пов'язані з гострим станом, з них аортокоронарне шунтування (АК– 3,6 % (n=2), стентування коронарних артерій – 96,4 % (n=54). Іншим пацієнтам проводилось консервативне лікування (n=27).

Основними ФР мультифокального атеросклерозу є дисліпідемія, АГ, куріння, абдомінальне ожиріння і ЦД [149]. Але значущість різних ФР не є ідентичною при виникненні ускладнень атеросклерозу (інсульт, ІМ). Результати досліджень INTERHEART і INTERSTROKE продемонстрували, що найбільш значущими ФР коронарного атеросклерозу є дисліпідемія і куріння, церебрального – АГ та куріння, а атеросклерозу артерій нижніх кінцівок – ЦД та куріння [306, 63].

У нашому дослідженні була встановлена також висока поширеність тютюнокуріння у військовослужбовців. Так, активними курцями були $56,6 \pm 5,4$ %: $63,4 \pm 7,5$ % в I групі та $50,0 \pm 7,7$ % в II групі ($p > 0,05$); курили в минулому $10,8 \pm 3,4$ %: $7,3 \pm 4,1$ % в I групі та $14,3 \pm 5,4$ % в II групі ($p > 0,05$).

У військовій профілактичній медицині проблема тютюнокуріння займає ключові позиції та потребує комплексних лікувально-профілактичних підходів, оскільки поширеність тютюнокуріння надзвичайно висока в даній когорті та має тенденції до збільшення [138].

Захворюваність і смертність від ІХС у пацієнтів із ЦД перевищує прогнозований ступінь при звичайному підсумовуванні ризиків, що свідчить про прямий вплив гіперглікемії на атеросклеротичний процес [42].

Згідно даних, наведених в таблиці 4.1, частота виявлення ЦД у військовослужбовців складає $13,3 \pm 3,7$ %: $7,3 \pm 4,1$ % в I групі та $19,0 \pm 6,1$ % в II групі (при $p > 0,05$); порушення толерантності до глюкози – відповідно $8,4 \pm 3,0$ %: $9,8 \pm 4,6$ % та $7,1 \pm 4,0$ (при $p > 0,05$). У нашому дослідженні було також виявлено, що частота мультифокального атеросклерозу у військовослужбовців з ЦД / порушенням толерантності до глюкози складала

88,2 ± 7,8 %: у хворих I групи у 85,7 ± 13,2 % та у 90,0 ± 9,5 % II групи ($p > 0,05$) та була в 1,3 рази більшою (66,2 ± 5,9 %, $p=0,02$), ніж у пацієнтів без ЦД/порушення толерантності до глюкози.

За даними Framingham Heart Study [279] вірогідність розвитку серцево-судинної патології у осіб з надлишковою масою тіла на 50 % вище, ніж у осіб з нормальною вагою. Було встановлено, що у військовослужбовців, які перенесли ІМ, має місце висока частота виявлення ожиріння I-III ст. – загалом 36,1 ± 5,3 %: 48,8 ± 7,8 % в 1-й групі та 23,8 ± 6,6 % в 2-й, при $p < 0,05$.

Слід зауважити, що ознаки метаболічного синдрому, загалом, мали 83,1 ± 4,1 % хворих: 82,9 ± 5,9 % ($n=34$) пацієнтів в I групі та 83,3 ± 5,8 % ($n=35$) в II групі (при $p > 0,05$). При цьому повний кластер метаболічного синдрому визначено у 12,2 ± 5,1 % пацієнтів в 1-й групі, а деякі його компоненти – 70,7 ± 7,1 %; в другій групі відповідно 11,9 ± 5,0 % та 69,0 ± 7,1 % (при $p > 0,05$ між I та II групами).

На думку деяких дослідників, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є сильним незалежним предиктором розвитку серцево-судинних ускладнень, якому притаманне прискорений розвиток як коронарної, так і легенево-серцевої недостатності, більш висока летальність, а також недостатня ефективність лікувальних та діагностичних програм [15]. Доведено, що пацієнти з ХОЗЛ, які перенесли аортокоронарне шунтування мають в 4 рази вищий ризик ранньої смертності після операції, ніж пацієнти без ХОЗЛ [241]. Хворі з ХОЗЛ, які перенесли ІМ мають значно вищі показники смертності протягом 1 року – 24 % проти 13 % у пацієнтів, що не мали ХОЗЛ [327]. За даними Andell P. та співавт [240] у пацієнтів з гострим ІМ та ХОЗЛ СН розвивалась у 17,2 % проти 9,7 % пацієнтів без ХОЗЛ [240]. В нашому дослідженні частота виявлення ХОЗЛ у пацієнтів з ІМ становила загалом 6,0 ± 2,6 %: 4,9 ± 3,4 % в I групі та 7,1 ± 4,0 % в II групі ($p > 0,05$).

ХНН є незалежним предиктором розвитку ССЗ і, навпаки, ССЗ є незалежним ФР розвитку ХНН [194]. Результати проведеного нами

дослідження засвідчили, що ХХН у військовослужбовців з ІМ була виявлена у $6,0 \pm 2,6$ %: в 1-й групі – $4,8 \pm 3,4$ % в 1-й та $7,2 \pm 4,0$ % в 2-й (при $p > 0,05$).

Гіперурикемія розглядається як маркер, або незалежний прогностичний фактор, пов'язаний з вищою середньо/довгостроковою смертністю від усіх причин та серйозними серцево-судинними подіями у пацієнтів після гострого ІМ, що вимагає підвищеної уваги лікарів до моніторингу рівня сечової кислоти в сироватці крові у пацієнтів для зниження серцево-судинних та ниркових ризиків [238]. Найтісніший зв'язок рівні сечової кислоти мають з подагрою та нефролітазом, а також з підвищеним ризиком серцевої недостатності, АГ, гіперглікемії натще або ЦД, ХХН і смерті від ІХС [210]. Не зважаючи на це, на жаль, лише у одного пацієнта в першій групі та у чотирьох в другій – був лабораторно визначений рівень сечової кислоти. Невеликий відсоток ($4,8 \pm 2,3$ %: $2,4$ % та $7,14$ % в 1-й та 2-й групах відповідно, при $p > 0,05$) виявленої гіперурикемії у військовослужбовців скоріше за все пов'язаний з тим, що рівень сечової кислоти визначався у разі підозри на подагру, а не у якості скринінгу у пацієнтів з ІХС.

Ми встановили значну поширеність захворювань шлунково-кишкового тракту у військовослужбовців, які перенесли ІМ (табл.1). За даними літературних джерел відомо, що порушення обміну холестерину призводить до розвитку холестерозу жовчного міхура, жовчнокам'яної хвороби, неалкогольної жирової хвороби печінки, яку називають "печінковим дебютом метаболічного синдрому" [147], та є ФР розвитку атеросклеротичного ураження судин серця та головного мозку, прогресування ІХС та виникнення АГ [227, 103]. Пацієнти з неалкогольною жировою хворобою печінки мають декілька ФР для ССЗ. Це ЦД, АГ, дісліпідемія, ХХН, ожиріння [114]. Саме у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки спостерігаються ендотеліальна дисфункція і підвищена здатність до кальцифікації атеросклеротичних бляшок, міокардіальна інсулінорезистентність і діастолічна дисфункція міокарда,

різні аритмії [114]. За результатами нашого дослідження неалкогольна жирова хвороба печінки виявлена у $16,9 \pm 4,1$ % військовослужбовців: $22,0 \pm 6,5$ % та $11,9 \pm 5,0$ % 1-ої та 2-ої груп відповідно, при $p > 0,05$. Дана жирова інфільтрація печінки також може бути спричинена таким фактором, як надмірне вживання алкоголю, проте дані в медичних картках щодо цього фактору не зазначено.

Як свідчать дані таблиці 4.1, у військовослужбовців, хворих на ІХС, які перенесли ІМ, поширеними (без достовірної різниці між групами – $p > 0,05$) є такі нозології, як хронічний гастродуоденіт ($21,7 \pm 4,5$ %), виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки ($20,5 \pm 4,4$ %), хронічний панкреатит ($19,3 \pm 4,3$ %), хронічний холецистит ($18,1 \pm 4,2$ %). Наявність вище зазначених захворювань шлунково-кишкового тракту необхідно обов'язково враховувати при призначенні лікарем антиагрегантів, статинів, антигіпертензивних препаратів.

Серед найбільш поширених коморбідних станів у військовослужбовців, які хворіють на ІХС та перенесли ІМ, є остеохондроз хребта – $30,1 \pm 5,0$ %: $24,4 \pm 6,7$ % та $35,7 \pm 7,4$ % відповідно ($p > 0,05$). При виникненні больового синдрому внаслідок цієї патології, з найбільшою вірогідністю будуть призначені нестероїдні протизапальні препарати. Отже, лікар обов'язково повинен зважати на ризик серцево-судинних подій у кожного конкретного пацієнта та на інші ризики, пов'язані з використанням нестероїдних протизапальних препаратів, оскільки їх застосування пов'язане зі стійким підвищенням коронарного ризику незалежно від часу, що минув після першого ІМ [272, 257].

Висновки до розділу 4:

1. Результати проведеного дослідження засвідчили значне поширення коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на ІХС, які перенесли гострий ІМ. Найбільш поширеними були АГ ($60,2 \pm 5,4$ %), стенозуючий атеросклероз сонних артерій ($55,6 \pm 5,4$ %); неалкогольна жирова хвороба печінки ($16,9 \pm 4,1$ %), хронічний гастродуоденіт ($21,7 \pm 4,5$ %), виразкова

хвороба ($20,5 \pm 4,4 \%$), хронічний панкреатит ($19,3 \pm 4,3 \%$), хронічний холецистит ($18,1 \pm 4,2 \%$), ожиріння ($36,1 \pm 5,3 \%$); ЦД II типу ($13,3 \pm 3,7 \%$), захворювання щитоподібної залози ($13,3 \pm 3,7 \%$); ХХН ($6,0 \pm 2,6 \%$); остеохондроз хребта ($30,1 \pm 5,0 \%$), що необхідно враховувати при розробці індивідуальних лікувально-профілактичних програм задля підвищення ефективності лікування і попередження ускладнень.

2. Не визначено статистично достовірної різниці щодо частоти виявлення більшості коморбідних захворювань у військовослужбовців у віковій групі молодше і старше 50 років; статистично достовірно частіше діагностовано ЦВХ з дисциркуляторною енцефалопатією I-III ст. та облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок у віковій групі старше 50 років.

3. Встановлено, що у хворих на ІХС, які перенесли гострий ІМ, з коморбідним ЦД / порушенням толерантності до глюкози атеросклероз двох і більше судинних басейнів було діагностовано у $88,2 \pm 7,8 \%$, а у пацієнтів без порушення вуглеводного обміну – у $66,2 \pm 5,9 \%$ ($p = 0,02$), тобто достовірно більше – в 1,3 рази, що потребує уваги при проведенні вторинної профілактики.

Матеріали розділу 4 опубліковані в друкованих роботах [4, 114].

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА СУЧАСНОГО СТАНУ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ХВОРИМ НА ІХС З КОМОРБІДНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

5.1. Аналіз організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця, з коморбідними станами на амбулаторному етапі

Військово-медична служба є важливою складовою ЗС України. Здійснюючи безперервне піклування про збереження та зміцнення здоров'я особового складу військ, участь у підтриманні постійної боєздатності особового складу, медична служба здійснює вагомий внесок в забезпечення бойової потужності та високої боєздатності ЗС України [6, 68].

Професійне здоров'я військовослужбовця та його професійна надійність розглядається, як відсутність захворювань при наявності певного рівня компенсаторних та захисних механізмів, що забезпечують високу боєздатність (працездатність) в умовах його професійної діяльності. Забезпечення необхідного рівня здоров'я особового складу розглядається як остаточна мета військової охорони здоров'я, адже від цього залежить стан боєздатності особового складу, як визначального чинника бойової готовності військ [91, 50, 92].

В сучасних наукових дослідженнях встановлено, що пацієнти з хворобами системи кровообігу, зокрема, хворі на ІХС, мають численні супутні захворювання і організація медичної допомоги таким хворим повинна враховувати сучасні рекомендації щодо впровадження в клінічну практику пацієнт-орієнтованого підходу [271, 206, 166] для покращення якості медичної допомоги та прогнозу у пацієнтів.

Одним із визначальних механізмів державного регулювання якості медичної допомоги є стандартизація, яка спрямована на досягнення

оптимального ступеня впорядкування в системі охорони здоров'я. В Україні сформована законодавча і нормативна база щодо порядку розроблення та впровадження стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), опрацьовані та застосовуються стандарти медичної допомоги (медичні стандарти), ефективність яких відповідає міжнародним практикам. Функціонування Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони в єдиному законодавчому та нормативно-правовому полі держави з питань охорони здоров'я передбачає обов'язкове запровадження в практику надання медичної допомоги військовослужбовцям прийнятих у державі стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) [120] в форматі єдиного медичного простору [28, 148].

В Україні на державному рівні закріплено питання профілактики ССЗ та надання медичної допомоги хворим з ІХС: Наказом МОЗ України від 13.06.2016 № 564 затверджено УКПМД та КН «Профілактика серцево-судинних захворювань» [141] та Наказом МОЗ України від 23.12.2021 № 2857 затверджено УКПМД та КН «Стабільна ішемічна хвороба серця» [142]. Проте, ці документи не враховують пацієнт-орієнтований підхід в клінічній практиці. В цивільній первинній медичній допомозі це питання врегульовано Наказом МОЗ № 504 від 19.03.2018 «Порядок надання первинної медичної допомоги», адже серед основних принципів, на яких ґрунтується організація та надання послуг, є принцип «орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з первинної медичної допомоги у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються» [78]. Однак, в МТД ЗС України цей принцип не відображено.

Проблема стандартизації в ЗС стала найбільш актуальною на етапі досягнення медичною службою ЗС України критеріїв відповідності стандартам медичного забезпечення ЗС країн-членів НАТО та положень Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України» [84, 7, 90, 10].

«Воєнно-медична доктрина» є базовим науково-практичним

документом непрямої дії для медичної служби ЗС України та посідає місце основного доктринального документу щодо медичного забезпечення військ (сил) та є основою для розроблення інших керівних документів з питань медичного забезпечення [1]. Доктрина медичного забезпечення містить науково обґрунтовані принципи, вимоги і стандарти, які визначають структурно-функціональний вигляд системи медичного забезпечення ЗС та відповідають конкретним історичним умовам [68].

У ЗС держав-членів НАТО розроблена, впроваджена та ефективно функціонує система стандартизації, зокрема й система стандартизації медичного забезпечення, яка служить основою для досягнення взаємосумісності військ та є запорукою успішного спільного виконання ними завдань [119].

Концептуальні положення основних доктринальних документів з питань медичного забезпечення НАТО визначають, що головними факторами, що впливають на якість медичної допомоги є організація медичної служби, її оснащеність, підготовка особового складу та умови навколишнього середовища. Відповідно, стандарти надання медичної допомоги впливають на терміни та кінцеві результати лікування, а наслідки медичної допомоги низької якості тяжко побороти у віддаленому періоді. Тому військова медицина воєнного часу повинна забезпечувати стандарти медичної допомоги, які дозволяють отримувати результати, співставні з найкращою медичною практикою [119].

В стандарті НАТО “AJMedP-8 Medical Doctrine for Military Health Care” (Медична доктрина військової охорони здоров’я) [174] зазначено, що “Підтримка медичних послуг надається, прямо чи опосередковано, щоб сприяти здоров’ю і благополуччю пацієнтів або населення. (AAP-06)”. Військова охорона здоров’я – це надання медичних послуг, орієнтованих на пацієнта, військовими медичними працівниками для визначення групи ризику; охоплює профілактичний захист здоров’я, догоспітальну невідкладну допомогу, первинну медичну допомогу, лікарняну допомогу та

реабілітацію”. Таким чином, профілактична спрямованість та пацієнт-орієнтований підхід є ключовою стратегією в питанні медичного забезпечення військ НАТО. Основним принципом “Военно-медичної доктрини” в Україні [84] є профілактична спрямованість діяльності системи охорони здоров’я військовослужбовців, проте не визначено роль пацієнт-орієнтованого підходу в організації надання медичних послуг. Цей аспект є важливим для досягнення сумісності медичного забезпечення військ в Україні зі ЗС держав – членів НАТО, держав – членів Європейського Союзу.

Основними заходами щодо зменшення негативних наслідків ІХС є її профілактика та своєчасне виявлення, а також комплексний підхід до лікування з використанням сучасних препаратів з доведеною ефективністю (2019 Guidelines on Chronic Coronary Synromes; УКПМД “Стабільна ішемічна хвороба серця”, 2021) [93, 89], починаючи ще з рівня військових комісаріатів.

В ЗС України діє науково обґрунтована система диспансерного огляду, яка передбачає своєчасне виявлення чинників, захворювань та станів, що можуть мати негативний вплив на розвиток ССЗ та визначають рівень загального ризику ССЗ; корекцію немедикаментозну та медикаментозну ФР, що піддаються модифікації, упродовж життя; навчання пацієнтів з питань профілактики ССЗ, залучення їх до моніторингу ФР, підтримки мотивації щодо дотримання здорового способу життя та рекомендацій лікаря. Відповідні питання розглядаються в контексті профілактичного консультування. Проте, в директивних документах з диспансеризації не визначено роль і методологію пацієнт-орієнтованої консультативної допомоги [88, 86, 85].

Слід також зауважити, що під час профілактичного консультування в керівних документах з диспансеризації не врегульовано питання його реалізації з позиції індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки, хоча відповідні пропозиції були зроблені [61]. В останні роки спостерігається “помолодшання” розвитку ІХС [125, 30, 52, 33], тому необхідно проводити моніторинг ФР у всі

військовослужбовців під час щорічних медичних оглядів. Тому питання скринінгового визначення показників ліпідного обміну у військовослужбовців є надзвичайно важливим, проте воно не врегульовано сучасними МТД з диспансеризації.

Обов'язково під час поглиблених профілактичних оглядів та розробки індивідуальної лікувально-профілактичної програми слід враховувати коморбідну патологію, яка під час війни підвищує ризик серцево-судинних подій [338]. Доцільно застосовувати скринінговий підхід щодо виявлення тривожних та депресивних розладів у всіх військовослужбовців, зокрема, які брали участь в бойових діях, враховуючи їх поширеність та медико-соціальне значення в розвитку та прогресуванні ССЗ [130, 133].

Важливими питаннями є якість проведення профілактичних оглядів військовослужбовців; організація забезпечення виконання рекомендацій, розроблених за результатами їх проведення, у відповідності до сучасних міжнародних та вітчизняних МТД.

Одним із компонентів пацієнт-орієнтованого підходу є спільне прийняття рішення, при якому пацієнти заохочуються брати участь у виборі відповідних методів лікування або варіантів самоуправління своїм станом [67, 274] для імплементації пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику важливою є відповідна підготовка лікарів та залучення пацієнтів до спільного ухвалення рішення [283, 325, 274, 319].

В 2021 році опубліковано настанову із впровадження стратегій спільного прийняття рішень в повсякденну клінічну практику NG197 [274], де зазначено: “Установи мають гарантувати, що опанування вмінь та навичок, необхідних для підтримки спільного прийняття рішень, забезпечено вступним курсом навчання та можливостями безперервного професійного розвитку для всього медичного персоналу”, “надати доступ до семінарів у стилі «навчання інструкторів» (де медичних працівників і, можливо, користувачів послуг навчають вчити інших медичних працівників) для

основних представників впровадження стратегії спільного прийняття рішень у підрозділах, де відбувається це впровадження”, “впевнитися, що навчання має практичне спрямування (наприклад із використанням рольових ігор), а не виключно теоретичний, для того щоб медичні працівники могли застосовувати на практиці навички, необхідні для спільного прийняття рішень”. Такий підхід потрібно врахувати під час розробки навчально-методичного забезпечення навчального процесу для слухачів та безперервної професійної підготовки лікарів з метою практичного опанування навичок та підвищення компетенцій медичних працівників.

Для залучення військовослужбовців в процес спільного прийняття рішення згідно клінічної настанови NG197 потрібно: “перед обговоренням запропонувати людині доступ до ресурсів в зручному для неї форматі (наприклад буклет, листівка або мобільний додаток), щоб допомогти підготуватися до обговорення варіантів та прийняття спільних рішень. Це має спонукати пацієнтів замислитися про: що є для них важливим; на що вони сподіваються протягом обговорення; які запитання вони хотіли би поставити”[274]. Таким чином, для реалізації цього підходу та залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров’я, перебігу захворювань та участі в процесі лікування ІХС потрібно підвищити поінформованість військовослужбовців [274].

Для зменшення негативних наслідків ІХС та попередження її прогресування в практичній діяльності повинен застосовуватись підхід, який передбачає використання сучасних препаратів з доведеною ефективністю [93, 89].

При цьому слід враховувати коморбідність та мультиморбідність, які можуть мати місце у пацієнта з ІХС. В консенсусі “Шлях узгодженого рішення експертів ACC 2022 щодо інтеграції лікування атеросклеротичних серцево-судинних захворювань і мультиморбідності: основа для прагматичного, орієнтованого на пацієнта догляду: звіт Комітету з нагляду за набором рішень Американського коледжу кардіології” [166] враховано

диференційований підхід щодо надання медичної допомоги в залежності від функціональних спроможностей пацієнта, перебігу хронічного серцево-судинного захворювання та кількості коморбідних станів. На сучасному етапі в ЗС України такий диференційований підхід в наданні медичної допомоги хворим з ІХС з коморбідністю та мультиморбідністю не передбачено.

Таким чином, на підставі системного аналізу чинних керівних документів МО України, міжнародних та вітчизняних МТД встановлено низку недоліків організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідними станами на амбулаторному етапі, що обґрунтовує необхідність медико-соціальної оптимізації функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі у військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідною патологією на рівні первинної медичної допомоги.

5.2. Оцінка задоволеності військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу, організацією надання медичної допомоги на рівні первинної медичної допомоги та визначення готовності до впровадження пацієнт-орієнтованого підходу

ВООЗ рекомендує запровадження медичної допомоги, орієнтованої на потреби людей, серед пріоритетів розвитку систем охорони здоров'я в 21 столітті [290].

Запровадження підходів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги потребує вирішення багатьох питань, зокрема, щодо оцінки ефективності їх використання в клінічній практиці – як з позиції пацієнтів, так і медичних фахівців [235, 205].

Важливою складовою запровадження пацієнт-орієнтованого підходу є навчання пацієнтів, залучення до участі в самоконтролі стану здоров'я та підвищення прихильності до виконання призначень лікаря [290].

Результати досліджень щодо використання пацієнт-орієнтованого підходу для навчання хворих на ІХС, які були опубліковані в 2022 році,

підтвердили позитивний вплив на прихильність до лікування [330]. Цей аспект проблеми є важливим і для удосконалення медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України, хворих на ІХС. Для оптимізації організації медичної допомоги важливо регулярно проводити аналіз використання основних засад пацієнт-орієнтованого підходу, з урахуванням результатів опитування військовослужбовців.

Для визначення ставлення пацієнтів щодо використання принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги та самооцінки виконання рекомендації лікарів було розроблено анкету (Додаток Б).

Анкета мала два блоки питань. Перший блок включав питання щодо оцінки пацієнтами використання лікарями підходу спільного прийняття рішення, визначення рівня емпатії, надання інформації, що відповідає основним положенням анкети CARE [235]. Наступний блок анкети містив питання, які дозволяють оцінити готовність військовослужбовців з ІХС до виконання заходів самоконтролю стану здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування; самооцінку виконання рекомендацій лікарів щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування та чинників, які впливають на прихильність до лікування. Необхідно зауважити, що не існує загальновизнаного підходу оцінки результативності запровадження пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Дослідники, як правило, використовують такі засоби, як опитування пацієнтів, які користуються послугами закладів охорони здоров'я, опитування лікарів та аналіз результатів клінічних досліджень. Запропоновано велику кількість опитувальників для оцінки пацієнт-орієнтованої медичної допомоги – як в цілому, так і окремих її компонентів [235].

Всі опитані хворі на ІХС мали 2 і більше хронічних захворювань: 2 захворювання - 9 з 72 опитаних (12,5 %); 3-5 захворювань - 32 з 72 опитаних (44,4 %), 6 і більше – 31 з 72 опитаних (43,1 %) (рис. 5.1).

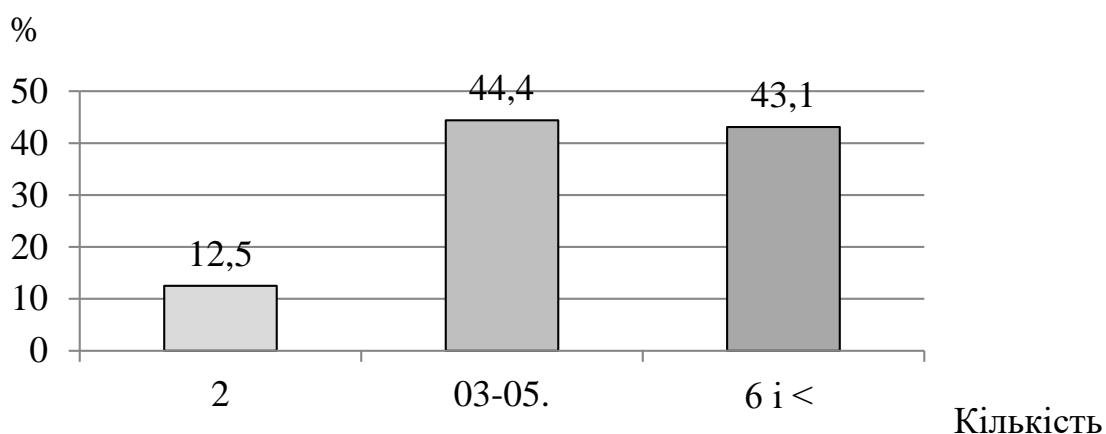


Рис. 5.1. Розподіл респондентів за кількістю хронічних захворювань в анамнезі.

Всі опитані пацієнти приймали планове медикаментозне лікування. Кількість таблеток для щоденного прийому: 2-5 таблеток – 19 з 72 опитаних (26,4 %), 6-10 таблеток – 33 з 72 опитаних (45,8 %), 10 і більше – 20 з 72 опитаних (27,8 %) (рис. 5.2)

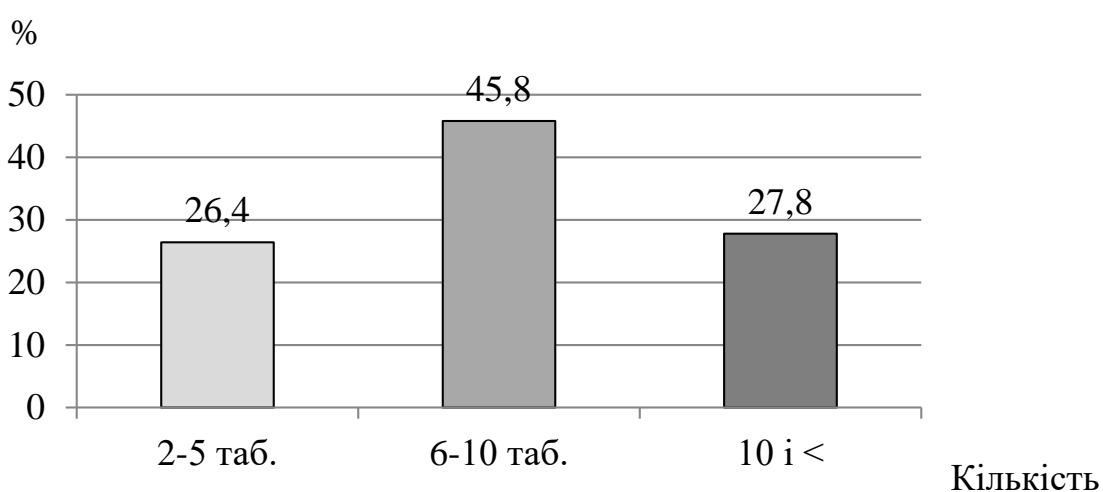


Рис. 5.2. Розподіл респондентів за кількістю таблеток для щоденного прийому.

ІХС належить до захворювань, які потребують довготривалого комплексного лікування. Підвищення ефективності лікування пацієнтів з хронічними захворюваннями в сучасних умовах пов'язують з запровадженням пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги [325, 282, 206].

Одним з основних елементів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги є ставлення до пацієнта з гідністю та повагою – як до особистості, а не клінічного випадку – певної комбінації захворювань або симптомів [290]. Це важлива складова спільного прийняття рішень (SDM – shared decision-making), залучення пацієнта до процесу лікування як партнера, а не тільки одержувача медичної допомоги. Процес спільного прийняття рішення можна умовно розподілити на складові – надання пацієнтові інформації щодо захворювання та доступних заходів медичної допомоги, обговорення пріоритетів пацієнта щодо важливих для нього наслідків медичного втручання, узгодження плану заходів медичної допомоги (або – інформування пацієнта, відповіді на запитання пацієнта, інтеграція уподобань пацієнта в процес прийняття рішення) [186].

Запровадження цього підходу потребує відповідної підготовки як лікарів так і пацієнтів. На сучасному етапі удосконалення медичної допомоги військовослужбовцям в Україні запровадження пацієнт-орієнтованого підходу має важливе значення.

Результати проведеного нами дослідження засвідчили, що військовослужбовці, хворі на ІХС, потребують більшого обсягу інформації та обговорення з лікарем як щодо особливостей стану здоров'я, перебігу захворювання, призначення медикаментозного лікування так і надання інформації щодо участі пацієнтів в самоконтролі стану здоров'я. Отримані результати необхідно враховувати для більш ефективного запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, які хворі на ІХС, зокрема щодо підготовки медичного персоналу з цих питань.

Пацієнт-орієнтована медична допомога базується на співпраці між медичними працівниками та пацієнтами, тому важливою складовою є поінформованість пацієнта та залучення до процесу прийняття рішень і лікування. Результати соціологічного опитування засвідчили, що більшість військовослужбовців, хворих на ІХС (44 з 72 (61,1 %)), вважають, що лікарі не завжди надають їм достатньо інформації щодо особливостей стану

здоров'я та перебігу захворювання: $61,6 \pm 7,8$ % I групи та $60,6 \pm 8,5$ % II групи ($p=0,93$); 21 з 72 опитаних (29,2 %) відповіли, що їм надають достатньо інформації: $20,5 \pm 6,5$ % I групи та $33,3 \pm 8,2$ % II групи ($p=0,23$); 7 з 72 (9,7 %) вважають, що їм надають недостатньо інформації. Процес спільного прийняття рішень потребує обговорення з пацієнтом багатьох питань. На питання “Чи погоджує лікар з Вами план Вашого лікування?” – «так» – відповіли 43 з 72 опитаних військовослужбовців з ІХС (59,7 %): $66,7 \pm 7,5$ % I групи та $51,5 \pm 8,7$ % 2-ї групи ($p=0,20$), «не завжди» – 22 з 72 пацієнтів (30,6 %): $23,0 \pm 6,7$ % I групи і $39,4 \pm 8,5$ % II групи ($p=0,14$); «ні» – 7 з 72 пацієнтів (9,7 %).

Наступні питання анкети стосувались обговорення основних аспектів надання лікарями інформації щодо призначення медикаментозного лікування. На питання “Чи обговорює з Вами лікар з якою метою призначає ті або інші медикаменти?” – “так” – відповіли 60 з 72 опитаних військовослужбовців (83,3 %): $84,6 \pm 5,8$ % I групи і $81,8 \pm 6,7$ % II групи ($p=0,75$); “не завжди” – 10 з 72 пацієнтів (13,9 %); “ні” – 2 з 72 пацієнтів (2,8 %). На питання “Чи обговорює з Вами лікар можливість розвитку побічного ефекту призначених препаратів?» – «так» – відповіли 20 з 72 респондентів (27,8 %): $23,1 \pm 6,7$ % I групи, $33,3 \pm 8,2$ % II групи ($p=0,35$); “не завжди” – 37 з 72 пацієнтів (51,4 %): $56,4 \pm 7,9$ % I групи, $45,5 \pm 8,7$ % II групи ($p=0,36$); «ні» – 15 з 72 пацієнтів (20,8 %). На питання “Чи обговорює з Вами лікар режим прийому медикаментозних препаратів?” – “так” – відповіли 37 з 72 респондентів (51,4 %): $46,2 \pm 8,0$ % I групи, $57,6 \pm 8,6$ % II групи ($p=0,34$), “не завжди” – 28 з 72 пацієнтів (38,9 %): $41,0 \pm 7,9$ % I групи, $36,3 \pm 8,4$ % II групи ($p=0,69$); “ні” – 7 з 72 пацієнтів (9,7 %). На питання “Чи обговорює з Вами лікар заходи, направлені на те, аби Ви не забували приймати препарати щоденно?” – “так” – відповіли 20 з 72 (27,8 %); “не завжди” – 48 з 72 пацієнтів (66,7 %): $82,1 \pm 6,1$ % I групи, $48,5 \pm 8,7$ % II групи ($p=0,03$); “ні” – 4 з 72 пацієнтів (5,6 %). Таким чином, в цілому, опитані

військовослужбовці, хворі на ІХС, потребують більшого обсягу інформації щодо медикаментозної терапії.

Пацієнт-орієнтована медична допомога передбачає активну участь поінформованого пацієнта в процесі самоконтролю стану здоров'я. На питання анкети “Чи надасте Вам лікар інформацію щодо участі в самоконтролі стану здоров'я, та результатів лікування – ведення щоденника (вимірювання тиску, частоти пульсу, самоочуття – напади стенокардії тощо)?” – “так” – відповіли 30 опитаних з 72 (41,7 %): $43,6 \pm 7,9$ % І групи, $39,4 \pm 8,5$ % ІІ групи ($p=0,72$); “не завжди” – 39 з 72 пацієнтів (54,2 %): $56,4 \pm 7,9$ % І групи, $51,5 \pm 8,7$ % ІІ групи ($p=0,68$); “ні” – 3 з 72 пацієнтів (4,2 %). Взаємовідносини, що базуються на принципах пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, мають бути спрямовані на покращання емоційного стану пацієнта, зменшення відчуття тривоги та страху [325].

Опитування, проведені Frampton S. B et all. [226] визначили, що більшість пацієнтів послідовно обирають співчуття та споріднені з ним терміни “емпатія”, “повага” та “доброта” як такі, що мають надзвичайно важливе значення при проведенні медичного консультування.

Емпатія – це вміння слухати та чути, співчувати, емоційно підтримувати людину, яка отримує медичну допомогу. Крім того, пацієнти, які мають гарні відносини з медичним персоналом, як правило, вказують на задоволеність від наданої медичної допомоги та мають кращу прихильність до лікування [322]. Таким чином, важливою складовою пацієнт-орієнтованої допомоги є емоційна підтримка пацієнта з боку медичних працівників. На питання “Чи отримуєте Ви емоційну підтримку від лікаря щодо вирішення проблем зі здоров'ям?” більшість відповіли – “не завжди” – 48 з 72 пацієнтів (66,7 %): $71,8 \pm 7,2$ % – І групи, $60,6 \pm 8,5$ % ІІ групи ($p=0,32$); “так” – відповіли 14 респондентів з 72 (19,4 %); “ні” – 10 з 72 пацієнтів (13,9 %). Результати нашого дослідження обґрунтовують необхідність підвищення умінь та практичного досвіду лікарів з проведення медичного консультування щодо прояву емпатії, позаяк тільки 19,4 % респондентів

ствердно відповіли на питання “Чи отримуєте Ви емоційну підтримку від лікаря щодо вирішення проблем зі здоров’ям?”.

Партнерські відносини між лікарем і пацієнтом – один з основних принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, який передбачає активну участь пацієнта. На питання анкети “Чи вважаєте Ви, що пацієнт має право брати участь у вирішенні питань щодо призначення обстежень та лікування?” – “так” відповіли 64 з 72 опитаних військовослужбовців з ІХС (88,9 %): $92,3 \pm 4,3$ % I групи, $87,9 \pm 5,7$ % II групи ($p=0,54$), “важко визначитись” – 7 з 72 пацієнтів (9,7 %).

На питання “Чи є у Вас потреба більш детально обговорювати с лікарем план лікування та залучатись до прийняття рішення?” – “так” – відповіли 64 з 72 опитаних військовослужбовців з ІХС (90,3 %): $92,3 \pm 4,0$ % I групи, $84,8 \pm 6,3$ % II групи ($p=0,27$); “важко визначитись” – 8 з 72 пацієнтів (11,1 %).

На питання “Чи готові Ви до виконання заходів самоконтролю стану Вашого здоров’я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування?” – «так» – відповіли 61 з 72 опитаних військовослужбовців з ІХС (84,7 %): $84,6 \pm 5,8$ % I групи, $84,8 \pm 6,3$ % II групи ($p=0,98$), “важко визначитись” – 11 з 72 пацієнтів (15,3 %).

Пацієнт-орієнтований підхід, спільне прийняття рішень передбачають відповідальність пацієнта за прийняте рішення. Цей аспект тісно пов’язаний з прихильністю пацієнта до виконання, погоджених з лікарем рекомендацій.

Партнерські відносини і процес спільного прийняття рішення не завжди однозначно сприймаються пацієнтами. Часто пацієнти бажають отримувати інформацію, однак не бажають нести відповідальність за прийняте рішення. Тому підвищення поінформованості та навчання пацієнтів мають бути спрямовані на залучення їх до самостійного контролю стану здоров’я та виконання заходів самодопомоги [325].

Результати нашого дослідження вказують на невідповідність готовності пацієнтів до участі у прийнятті рішень щодо призначеного лікування і

прихильності до лікування. Недостатня прихильність до лікування є типовою проблемою у лікуванні пацієнтів з хронічними захворюваннями, зокрема і хворих на ІХС і має негативний вплив на прогноз [172].

Незважаючи на велику увагу до проблеми прихильності, яка обговорюється уже понад сорок років, все ще не розроблено достатньо ефективних засобів по її підвищенню. На питання “Оцініть виконання Вами рекомендацій лікаря щодо здорового харчування за п’ятибальною шкалою” – на 5 балів – ніхто себе не оцінив, на 4 бали – 15 з 72 опитаних військовослужбовців з ІХС (20,8 %): $28,2 \pm 7,2$ % військовослужбовців І групи та $12,1 \pm 5,7$ % ІІ групи, $p=0,09$; на 3 бали і менше – 64 з 72 пацієнтів (71,9 %): $71,8 \pm 7,2$ % І групи, $87,9 \pm 5,7$ % ІІ групи, $p=0,09$.

На питання “Оцініть виконання Вами рекомендацій лікаря щодо фізичної активності (прогулянки, зарядка тощо) за п’ятибальною шкалою” – на 5 балів ніхто себе не оцінив, на 4 бали – 22 з 72 опитаних військовослужбовців з ІХС (30,6 %): $30,8 \pm 7,4$ % І групи, $30,3 \pm 8,0$ % ІІ групи, $p=0,96$; на 3 бали і менше – 50 з 72 пацієнтів (69,4 %): $69,2 \pm 7,4$ % І групи, $69,7 \pm 8,0$ % ІІ групи, $p=0,96$.

На питання “Оцініть виконання Вами рекомендацій лікаря щодо прийому медикаментозних препаратів за п’ятибальною шкалою” – на 5 балів ніхто себе не оцінив, на 4 бали – з 72 опитаних військовослужбовців з ІХС (44,4 %): $43,6 \pm 7,9$ % І групи, $45,5 \pm 8,7$ % ІІ групи ($p=0,87$), на 3 бали і менше – 40 з 72 пацієнтів (55,6 %): $56,4 \pm 7,9$ % І групи, $54,5 \pm 8,7$ % ІІ групи ($p=0,87$). Таким чином, результати дослідження засвідчили недостатню прихильність до немедикаментозного та медикаментозного лікування у більшості опитаних військовослужбовців з ІХС.

В анкету були внесені питання для визначення чинників, які утруднюють виконання рекомендацій лікаря щодо прийому ліків. Результати опитування внесені в табл. 5.1.

Чинники, які утруднюють виконання рекомендацій лікаря щодо прийому ліків

Чинники	Всього (n=72)		I група (n=39)		II група (n=33)		p I-II
	Абс. число	% (P±m)	Абс. число	% (P±m)	Абс. число	% (P±m)	
Велика кількість препаратів для щоденного прийому	35	48,6±5,9	18	46,2±8,0	17	51,5±8,6	0,66
Забуваю прийняти ліки	51	70,8±5,4	30	76,9±6,7	21	63,6±8,4	0,23
Недовіра щодо позитивного впливу ліків на здоров'я	23	31,9±5,5	14	35,9±7,7	9	27,3±7,8	0,44
Фінансові обмеження щодо придбання препаратів	26	36,1±5,7	9	23,1±6,7	17	51,5±8,7	0,01
Боюсь побічних ефектів	21	29,2±5,4	11	28,2±7,2	10	30,3±8,0	0,85

Встановлено, що основним чинником пацієнти назвали: “забуваю прийняти ліки” та “велика кількість препаратів для щоденного прийому” (табл. 5.1). Статистично достовірної різниці між військовослужбовцями I та II груп немає.

Серед чинників, які пов'язані з прихильністю до лікування розглядають рівень поінформованості пацієнтів, комунікативні навички лікаря тощо [314].

За результатами проведеного нами дослідження основним чинником, які утруднює виконання рекомендацій лікаря щодо прийому ліків, респонденти назвали – “забуваю” (70,8 %). Це можна розглядати як невідповідальне відношення до процесу лікування. Цей чинник було визначено, як провідний і в дослідженні, проведеному R Khatib et. al. [172] – 84,9 % хворих на ІХС вказали на забудькуватість, як причину невиконання рекомендацій лікаря щодо прийому препаратів.

В нашому дослідженні майже половина опитаних I групи та II групи визначили велику кількість препаратів для щоденного прийому, як чинник, який утруднює виконання рекомендацій лікаря щодо прийому ліків, що необхідно враховувати, зокрема, розглядати можливість призначення поліпілз, що рекомендовано в сучасних клінічних настановах по веденню хворих з ІХС [161].

Серед чинників, які утруднюють виконання рекомендацій лікаря щодо прийому ліків, третина респондентів визначили недовіру до позитивного впливу ліків та страх побічних ефектів, що може бути обумовлено недостатньою поінформованістю. Дослідження, проведені M. Saki et. al. [330] засвідчили підвищення прихильності щодо лікування хворих на ІХС, яким було проведене навчання, орієнтоване на пацієнта. Рекомендації щодо навчання пацієнтів та їх активного залучення до процесу самостійного моніторингу та самопомоги розглядається на сучасному етапі як важлива складова клінічних настанов.

Так в 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [163] включено окремий підрозділ “Patient education, self-care and lifestyle advice”, розглядаються всі аспекти участі пацієнта – самостійна підтримка, моніторинг, дії пацієнта при змінах клінічних проявів. Такий підхід повністю відповідає запровадженню принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Результати дослідження засвідчили зацікавленість і готовність більшості військовослужбовців, хворих на ІХС, щодо використання основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу.

Встановлено, що на думку пацієнтів, лікарі не завжди надають їм достатньо необхідної інформації щодо стану здоров'я і призначеного лікування, не завжди надають емоційну підтримку щодо вирішення проблем зі здоров'ям.

Разом з цим результати дослідження вказують на невідповідність готовності пацієнтів до участі у прийнятті рішень щодо призначення лікування і прихильності до лікування – більшість пацієнтів оцінили виконання рекомендацій лікарів на три бали і менше за п'ятибальною шкалою.

Результати проведеного нами дослідження обґрунтовують необхідність удосконалення підходів щодо підвищення поінформованості, залучення хворих на ІХС до процесу прийняття спільних рішень, підвищення прихильності до лікування та удосконалення комунікативних навичок лікарів, як складової впровадження пацієнт-орієнтованої медичної допомоги.

5.3. Комплексний аналіз прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових факторів ризику у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця

ІХС належить до захворювань, які потребують довготривалого комплексного лікування. Важливою складовою ефективного лікування ІХС є прихильність пацієнтів до виконання рекомендацій лікаря [1, 2]. Згідно визначення експертів ВООЗ, прихильність до лікування – поняття, яке характеризує, наскільки точно та послідовно пацієнт виконує надані лікарем рекомендації – щодо прийому препаратів, дотримання дієти, та/або модифікації способу життя [173]. На сучасному етапі недостатня прихильність пацієнтів залишається проблемою при лікуванні хворих на ІХС і має негативний вплив на прогноз і перебіг захворювання, збільшує ризик розвитку ускладнень, ранньої інвалідизації і смертності працездатного і соціально активного населення [172, 82].

Збільшується кількість наукових досліджень, присвячених розробці підходів щодо визначення чинників, які впливають на прихильність до лікування хворих на ІХС і спрямовані на активне залучення пацієнтів до участі в лікуванні [82, 169, 330]. Цей аспект проблеми має важливе значення і для військової медицини, позаяк ХСК посідають провідні позиції в структурі захворюваності, смертності та звільнень за медичними показами військовослужбовців ЗС України [41].

Впродовж останніх років спостерігається значне зростання питомої ваги ІХС в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців: цей показник збільшився з 5,8 % в 2016 р. до 11,4 % до 2020 р. [41]. Тому важливо дослідити ставлення військовослужбовців, хворих на ІХС, до виконання рекомендацій лікаря на сучасному етапі та визначити чинники, які мають вплив на прихильність до лікування.

Проведено комплексний аналіз прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових ФР у військовослужбовців, хворих на ІХС, на етапі первинної медичної допомоги. Всі опитані хворі мали два і більше хронічних захворювань. Загальний стан свого здоров'я на добре оцінили 33,3 % опитаних, на задовільно – 61,1 %, погано – 5,6 %; 86,1 % хворих на ІХС мали звичку тютюнокуріння. Для дослідження вікових особливостей прихильності до лікування військовослужбовців, хворих на ІХС, пацієнти були розділені на дві підгрупи: до 50 років (І група – 39 військовослужбовців, середній вік $42,8 \pm 5,0$ років) та старше 50 років (ІІ група – 33 військовослужбовців, середній вік $53,2 \pm 2,4$ років).

Для проведення комплексної оцінки прихильності до лікування та готовності до змін поведінкових ФР військовослужбовців, хворих на ІХС, було розроблено анкету соціологічного опитування (Додаток Б). Анкета мала три блоки питань. Перший блок включає питання спеціалізованого опитувальника Моріскі, який валідизований і рекомендований до широкого застосування щодо оцінки прихильності пацієнтів до медикаментозного лікування [192]. Модифікований опитувальник Моріскі містить 6 запитань,

які розділено на 2 групи – для оцінки мотивації та оцінки поінформованості пацієнта. Наступний блок анкети містить питання для самооцінки пацієнтом виконання рекомендацій лікаря щодо немедикаментозного лікування за п'ятибальною шкалою. Третій блок анкети – опитувальник для оцінки індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі поведінки (тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності). Пріоритетність застосування цього опитувальника підтверджена патентом України [73].

Питання участі пацієнтів в процесі лікування активно обговорюються в медичній літературі упродовж більше сорока років. Змінюються терміни, узагальнюються результати наукових досліджень. Наприкінці 70-х років в англійській літературі використовувався термін «compliance». Compliance (дотримання) – вказує наскільки точно пацієнт дотримується рекомендованої схеми прийому медикаментів. Згодом був запропонований інший термін – “adherence” (прихильність), у якому, в протиположності терміну «compliance», акцент зроблено на активній участі пацієнта у процесі надання медичної допомоги та відповідальне ставлення до виконання рекомендацій. Експерти ВООЗ вважають, що метод опитування дозволяє виявити приблизно 50 % “неприхильних пацієнтів”, а його специфічність становить 87 % [173].

Ефективне лікування ІХС потребує комплексного підходу, зокрема, оптимальної медикаментозної терапії та корекції способу життя [161, 142]. Результати проведеного нами дослідження, з використанням опитувальника Моріскі, засвідчили низький рівень прихильності до медикаментозного лікування у 84,7% військовослужбовців, хворих на ІХС ($84,6 \pm 5,8$ % в I групі та $87,9 \pm 5,7$ % в II групі, $p=0,70$).

Недостатня прихильність до лікування хворих на ІХС в сучасних умовах була визначена при проведенні наукових досліджень в Україні [82] та за кордоном [172, 330]. Використання модифікованого опитувальника Моріскі дало можливість оцінити мотивацію та поінформованість пацієнтів. Встановлено, що 79,2 % опитаних військовослужбовців, хворих на ІХС, мали

низький рівень поінформованості щодо необхідності лікування ($76,9 \pm 6,7\%$ в I групі; $81,8 \pm 6,7\%$ в II групі, $p=0,61$), $81,9\%$ мали низький рівень мотивації ($76,9 \pm 6,7\%$ в I групі; $84,8 \pm 6,3\%$ в II групі, $p=0,40$). Не визначено статистично достовірної різниці щодо поінформованості та мотивації до лікування серед опитаних військовослужбовців I та II групи. Проведені на кафедрі військової загальної практики-сімейної медицини УВМА дослідження при опитуванні військовослужбовців, хворих на АГ, теж засвідчили низький рівень мотивації до лікування у них [137]. Відсутність мотивації до лікування виникає з різних причин. Пацієнти можуть не розуміти серйозності свого стану та пов'язаних з цим проблем, зокрема, того, що відмова від лікування призведе до виникнення ускладнень, не володіти інформацією щодо позитивного ефекту лікування. Таким чином, актуальною є розробка та запровадження підходів щодо підвищення поінформованості та мотивації військовослужбовців, хворих на ІХС, залучення їх до участі в процесі лікування.

Немедикаментозне лікування хворих на ІХС передбачає виконання рекомендацій здорового способу життя [161, 142].

Результати проведеного нами дослідження засвідчили, що на питання щодо самооцінки виконання рекомендацій лікаря за п'ятибальною шкалою щодо здорового харчування: на 5 балів – ніхто себе не оцінив, на 4 бали – $20,8\%$ ($28,2 \pm 7,2\%$ військовослужбовців I групи та $12,1 \pm 5,7\%$ II групи, $p=0,09$), на 3 бали і менше – $79,2\%$, ($71,8 \pm 7,2\%$ I групи, $87,9 \pm 5,7\%$ II групи, $p=0,09$).

На питання “Оцініть виконання Вами рекомендацій лікаря щодо фізичної активності (прогулянки, зарядка тощо) за п'ятибальною шкалою”: на 5 балів – теж ніхто себе не оцінив, на 4 бали – $30,6\%$ ($30,8 \pm 7,4\%$ I групи, $30,3 \pm 8,0\%$ II групи, $p=0,96$), на 3 бали і менше – $69,4\%$ ($69,2 \pm 7,4\%$ I групи, $69,7 \pm 8,0\%$ II групи, $p=0,96$).

Таким чином, результати дослідження засвідчили недостатню прихильність опитаних військовослужбовців, хворих на ІХС, до

немедикаментозного лікування – більшість з них оцінили виконання рекомендацій лікаря на три бали і менше за п'ятибальною шкалою щодо здорового харчування та фізичної активності.

Рекомендації щодо корекції поведінкових ФР є обов'язковою складовою сучасних клінічних настанов та протоколів з лікування ІХС [161, 142]. Виділяють три основних складових моделі поведінки, модифікація яких має позитивний вплив на перебіг ІХС: тютюнокуріння, нездорове харчування, низький рівень фізичної активності. Рекомендується проводити консультування зі зміни способу життя диференційовано – з урахуванням наявних у пацієнта ФР захворювання та готовності пацієнта до змін [161]. Серед наукових засад змін моделі поведінки доведено ефективність використання транстеоретичної моделі [344]. Транстеоретична модель, або теорія стадій змін описує зміну поведінки не як подію, а як процес. Тому важливе значення має визначення індивідуальної стадії готовності до змін поведінки.

Виділяють наступні стадії готовності до змін поведінки:

1. Перед-роздум – *precontemplation* – пацієнт сприймає проблемну поведінку як нормальну і не має бажання щось змінювати.

2. Обдумування, роздум – *contemplation* – пацієнт отримує задоволення від проблемної поведінки, але усвідомлює її негативні наслідки та зацікавлений в отриманні інформації з цього питання.

3. Підготовка до дії або прийняття рішення щодо дії – *preparation* – пацієнт розуміє необхідність змін і навіть може мати свій план щодо їх проведення.

4. Дія – *action* – ця стадія починається і триває, якщо пацієнт здійснює дії щодо впровадження нової моделі поведінки.

5. Дотримання – *maintenance* – підтримка нової форми поведінки упродовж 12-18 місяців.

6. Повернення до старої форми поведінки – *relapse*.

Визначення індивідуальної стадії готовності до змін окремо для основних складових моделі нездорової поведінки (тютюнокуріння, нездорового харчування, низького рівня фізичної активності) дозволяє проводити консультування пацієнтів, з урахуванням отриманих даних [73].

За результатами проведеного нами опитування, потребує уваги високий рівень поширеності тютюнокуріння у військовослужбовців, хворих на ІХС – 86,1 % ($84,6 \pm 5,8$ % I групі та $87,9 \pm 5,7$ % в II групі, $p=0,67$).

Куріння – найбільш поширений ФР серед військовослужбовців. За даними досліджень, проведених на кафедрі ВЗП-СМ УВМА, спостерігається достовірне зростання розповсюдженості тютюнокуріння серед військовослужбовців Київського гарнізону: з $42,2 \pm 3,1$ % в 2010-2011 рр. до $64,3 \pm 3,2$ % в 2016-2017 рр. ($p<0,05$) [138]. Високий рівень поширеності тютюнокуріння серед військовослужбовців визначають не тільки в Україні, але й серед військовослужбовців держав-членів НАТО [138, 289]. Так, звичку тютюнокуріння мають 24 % військовослужбовців в США, 23,2 % в армії Канади, в армії Литви – 63,8 %, у Франції – 54,1 %, в Італії – 54,4 %, в Туреччині – 40,7 % [138].

Результати проведеного нами опитування 62 військовослужбовців, хворих на ІХС, які мали звичку тютюнокуріння, засвідчили, що більшість – 56,5 % – перебували на стадії перед-роздуму зміни поведінки щодо тютюнокуріння, тобто не збирались позбутися цієї шкідливої звички (табл. 5.2).

Не визначено статистично вірогідної різниці між військовослужбовцями I та II групи й щодо інших стадій готовності до зміни поведінки щодо тютюнокуріння. Варто зауважити, що за результатами дослідження, проведеного на кафедрі ВЗП-СМ УВМА в 2016-2017 рр. при опитуванні військовослужбовців, які проходили поглиблений медичний огляд в Клініці амбулаторної допомоги НВМКЦ «ГВКГ, на стадії перед-роздуму було $15,3 \pm 4,2$ % військовослужбовців, які мали звичку

тютюнокуріння, а більша частина була на стадії обдумування – $41,7 \pm 5,8$ % [13].

Таблиця 5.2

**Розподіл військовослужбовців, хворих на ІХС, за стадіями
готовності до зміни поведінки щодо тютюнокуріння**

Стадія готовності до змін	Вся група (n=62)		І група (n=33)		ІІ група (n=29)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	35	56,5±6,3	19	57,6±8,6	16	55,2±9,4
Обдумування, роздум	11	17,7±4,8	6	18,2±6,7	5	17,2±7,1
Підготовка до дії	6	9,7 ±3,8	4	12,1±5,7	2	6,9±4,8
Дія	10	16,1 ±4,7	4	12,1±5,7	6	20,7±7,7

Таким чином, серед хворих на ІХС більше військовослужбовців, які не хочуть позбутися звички тютюнокуріння. Припинення тютюнокуріння є обов'язковою рекомендацією для хворих на ІХС [1, 2], тому необхідно проводити цілеспрямоване консультування з цього питання.

У відповідності до положень доказової медицини, харчування впливає на розвиток та перебіг ІХС як через модифікацію таких ФР як рівень загального холестерину, АТ, маса тіла і розвиток ЦД, так і незалежно від них [161]. Тому здорове харчування є важливою складовою немедикаментозного лікування. Аналіз результатів опитування військовослужбовців, хворих на ІХС, щодо визначення стадії готовності до зміни поведінки щодо здорового харчування засвідчив, що більша частка з них перебуває на стадії обдумування – 38,9 % і тільки 18,1 % намагається дотримуватись рекомендацій (табл. 5.3).

Не визначено статистично вірогідної різниці між військовослужбовцями І та ІІ групи ($p > 0,05$) щодо стадій готовності до зміни поведінки щодо здорового харчування (табл. 5.3).

**Розподіл військовослужбовців, хворих на ІХС, за стадіями
готовності до зміни поведінки щодо здорового харчування**

Стадія готовності до змін	Вся група (n=72)		І група (n=39)		ІІ група (n=33)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	18	25,0±5,1	11	31,4±7,8	7	21,9±7,3
Обдумування, роздум	28	38,9±5,7	13	37,1±8,2	15	46,9±8,8
Підготовка до дії	11	15,3±4,2	5	12,8±5,3	6	18,2±6,7
Дія	13	18,1±4,5	8	22,9±7,1	5	15,6±6,4

Немедикаментозне лікування хворих на ІХС передбачає рекомендації помірних фізичних навантажень 30-60 хвилин щодня [161, 142].

Фізичні вправи покращують перебіг стенокардії, а збільшення здатності до фізичного навантаження є незалежним прогностичним чинником покращення виживаності хворих на ІХС [161].

Розподіл військовослужбовців, хворих на ІХС, за стадіями готовності до зміни поведінки щодо фізичної активності представлено в табл. 5.4.

Таблиця 5.4

**Розподіл військовослужбовців, хворих на ІХС, за стадіями
готовності до зміни поведінки щодо фізичної активності**

Стадія готовності до змін	Вся група (n=72)		І група (n=39)		ІІ група (n=33)	
	Абс.	P±m	Абс.	P±m	Абс.	P±m
Перед-роздум	10	13,9±4,1	6	15,8±5,9	4	12,9±6,0
Обдумування, роздум	21	29,2±5,3	12	31,6±7,5	9	29,0±8,2
Підготовка до дії	18	25,0±5,1	10	26,3±7,1	8	25,8±7,9
Дія	20	27,8±5,3	10	26,3±7,1	10	32,3±8,4

За результатами опитування визначено, що більша частка пацієнтів перебуває на стадії обдумування щодо покращення фізичної активності – 29,2 %. Дотримуються рекомендованого рівня фізичних навантажень 27,8 % військовослужбовців, хворих на ІХС, що менше, ніж було визначено при опитуванні військовослужбовців, які проходили поглиблений медичний огляд в Клініці амбулаторної допомоги НВМКЦ «ГВКГ» в 2016-2017 рр. ($48,3 \pm 5,3$ %) [61].

Таким чином, визначено низький рівень прихильності військовослужбовців, хворих на ІХС, до медикаментозного і немедикаментозного лікування та недостатню готовність щодо зміни поведінкових ФР. Тактика підвищення прихильності має бути комплексною і враховувати всі ці фактори. Покращення прихильності до лікування хворих на ІХС на сучасному етапі пов'язують з запровадженням пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, яка рекомендована ВООЗ серед пріоритетів розвитку систем охорони здоров'я в 21 столітті [325].

Пацієнт-орієнтована медична допомога, яка передбачає урахування індивідуальних особливостей хворих на ІХС, їх потреб, сподівань та причин недотримання рекомендацій, партнерські відносини між лікарями і пацієнтами, спрямована на посилення мотивації та підвищення прихильності. Результати досліджень щодо використання пацієнт-орієнтованого підходу для навчання хворих на ІХС, які були опубліковані в 2022 році, підтвердили позитивний вплив на прихильність до лікування [330].

5.4. Аналіз ставлення лікарів щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в клінічну практику

В сучасних наукових дослідженнях встановлено, що пацієнти з хворобами системи кровообігу, зокрема, хворі на ІХС, мають численні супутні захворювання і організація медичної допомоги таким хворим повинна враховувати сучасні рекомендації щодо впровадження в клінічну

практику пацієнт-орієнтованого підходу [166, 206] для покращення якості медичної допомоги та прогнозу у пацієнтів. Одним із компонентів пацієнт-орієнтованого підходу є спільне прийняття рішення, при якому пацієнти заохочуються брати участь у виборі відповідних методів лікування або варіантів самоуправління своїм станом. Модель має три етапи: впровадження вибору; опису варіантів; надання допомоги пацієнтам у вивченні переваг та прийнятті рішень [67, 274].

Лікарі повинні поступово розвивати прихильність до партнерства та концепцію автономії пацієнта, яка ставить вибір пацієнта та самостійні потреби в основі медичної взаємодії [67]. Коли існує спільна думка, лікарі можуть краще використовувати мотиваційні підходи для сприяння зміні - поведінки, подолання клінічної інерції та підтримування саморегуляції та селф-менеджменту (самоуправління) пацієнтів [218].

Таким чином, для імплементації пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику важливою є відповідна підготовка лікарів та залучення пацієнтів до спільного ухвалення рішення [283, 325, 274, 319].

Ми вирішили з'ясувати, рівень поінформованості лікарів первинної медичної допомоги щодо основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу, їх участі в спільному прийнятті рішення з пацієнтом, доцільності покращення знань з цього питання в форматі безперервного професійного розвитку.

Наше соціологічне опитування показало недостатню участь лікарів первинної медичної допомоги в спільному з пацієнтом прийнятті рішення і заохочування пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я.

Так, на запитання “Чи обговорюєте Ви з пацієнтом обсяг, мету та варіанти заходів медичної допомоги?” тільки 46% опитаних відповіли “так” і “не завжди” – 54 %. 70,0 % респондентів не враховує погляди і уподобання пацієнта при призначенні обстеження та лікування і 30 % це роблять «не завжди». 70,0 % зазначили, що не залучають пацієнтів до спільного

прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги без нав'язування йому свого рішення і 30 % це роблять іноді.

Всі лікарі (100%) зазначили, що повідомляють пацієнту і обговорюють з ним результати лабораторних та інструментальних обстежень.

На запитання “Як Ви вважаєте, чи є у пацієнтів потреба більш детально обговорювати с лікарем план лікування та залучатись до прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги?” 55,2 % відповіли ствердно і 44,8 % – “не завжди”.

Тільки 53,7 % зазначили, що надають емоційну підтримку пацієнту щодо вирішення проблем зі здоров'ям та полегшення тривоги та страху, не завжди – 46,3 %.

На запитання “Чи заохочуєте Ви пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я та результатів лікування – вимірювання тиску, оцінка самоочуття тощо?” ствердно відповіли – 59,7 % опитаних, “ні” – 1,5 % та “якщо сам пацієнт проявляє ініціативу” – 41,8 %.

“Чи вважаєте Ви, що одним з основних компонентів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги є полегшення симптомів та підвищення якості життя пацієнта?” всі респонденти відповіли “так”.

На запитання: “Чи розповідаєте Ви пацієнту, з якою метою призначається той або інший препарат планової терапії? – “так” – 44,8%, «коли запитує пацієнт” – 56,7%.

Ми також з'ясували, які питання обговорюють лікарі з пацієнтом при призначенні препаратів планової терапії (на це питання можна було дати декілька відповідей). Найчастіше (97 %) схеми лікування та особливостей прийому препаратів, 31 % – способи нагадування про прийом препаратів і 19 % – потенційну побічну дію препаратів

Окремий блок питань при анкетному опитуванні лікарів стосувався призначення медикаментозного лікування хворим на ІХС, враховуючи її медико-соціальне значення у військовослужбовців [41]. На запитання “Чи розповідаєте Ви пацієнту, чому важливо приймати препарати, які знижують

ризик розвитку ускладнень ІХС (статици, антиагреганти)?" відповіли "Так, на кожному прийомі при наданні рекомендацій щодо продовження лікування" – 83,6% респондентів, 16,6 % – "Так – якщо пацієнт запитує, з якою метою призначено той або інший препарат".

"Чи запитуєте Ви у пацієнта, про виконання рекомендацій щодо лікування?" відповіли "Так – на кожному прийомі» – 96 %, "Так – але лише у разі недосягнення цільових показників щодо глікемії, артеріального тиску, холестерину» – 4,48%.

Серед причин, які найбільш найчастіше спонукають пацієнта не виконувати рекомендацій лікаря, респонденти зазначили: відсутність у пацієнтів відповідального ставлення до свого здоров'я, забудькуватість – 81 %, відсутність усвідомлення пацієнтом позитивних результатів від прийому ліків – 56,7 %, велика кількість препаратів для щоденного прийому 54 %, побоювання небажаних ефектів ліків – 13 % і фінансові обмеження щодо придбання препаратів – 13 %

На запитання "Як часто у Вашій практиці пацієнти самостійно припиняють прийом необхідних препаратів?" лікарі відповіли: менше, ніж 20 % пацієнтів – 19%; 63 % респондентів відповіли – у 20-50 % пацієнтів та більше, ніж 50 % – 17,9 % опитаних лікарів.

Результати проведеного соціологічного опитування обґрунтовують доцільність запровадження фахової школи щодо основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу в клінічній практиці, необхідної участі в спільному прийнятті рішення лікаря з пацієнтом. Всі лікарі (100%) підтримали необхідність проведення на кафедрі ВЗП-СМ фахової школи. На підставі отриманих результатів соціологічного дослідження визначено основні положення розділів фахової школи "Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)".

Висновки до розділу 5.

На підставі системного аналізу чинних керівних документів МО України, міжнародних та вітчизняних МТД встановлено низку недоліків організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідними станами на амбулаторному етапі:

- в Воєнно-медичній доктрині України не визначено роль пацієнт-орієнтованого підходу в організації надання медичних послуг, що є важливим для досягнення сумісності медичного забезпечення військ в Україні зі ЗС держав – членів НАТО, держав – членів Європейського Союзу;

- в МТД ЗС України не відображено пацієнт-орієнтований принцип надання медичної допомоги;

- в директивних документах з диспансеризації не визначено роль і методологію пацієнт-орієнтованої консультативної допомоги;

- в керівних документах з диспансеризації не врегульовано питання реалізації профілактичного консультування з позиції індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки;

- в МТД ЗС України не врегульовано питання скринінгового визначення показників ліпідного обміну;

- в МТД ЗС України не регламентовано питання щодо застосування скринінгового підходу під час диспансеризації щодо виявлення тривожних та депресивних розладів у всіх військовослужбовців, зокрема, які брали участь в бойових діях;

- не регламентовано проведення виявлення та моніторингу ФР ССЗ призовникам (мобілізованим) на рівні військових комісаріатів;

- відсутня підготовка лікарів в форматі післядипломної професійної освіти щодо імплементації пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику;

- не врегульовано питання впровадження стратегій спільного прийняття рішень в повсякденну клінічну практику для залучення

військовослужбовців, хворих на ІХС, до партнерської участі в процесі лікування та більш активної участі у самоконтролі стану здоров'я.

Результати дослідження засвідчили зацікавленість та готовність опитаних військовослужбовців із ІХС до впровадження принципів пацієнто-орієнтованої медичної допомоги. 87,7 % готові до виконання заходів самоконтролю стану свого здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування. Разом з цим визначено низький рівень прихильності до медикаментозного лікування у 84,7 % військовослужбовців, хворих на ІХС, низький рівень поінформованості (79,2 %) та мотивації (81,9 %) щодо необхідності лікування та недостатню прихильність до виконання рекомендацій лікаря щодо немедикаментозного лікування: більшість з них оцінили виконання рекомендацій лікаря на три бали і менше за п'ятибальною шкалою, зокрема, 79,2 % щодо здорового харчування та 69,4 % щодо фізичної активності.

Встановлено високий рівень поширеності тютюнокуріння у військовослужбовців, хворих на ІХС – 86,1 %. При цьому більшість (56,5 %) перебувають на стадії перед-роздум зміни поведінки щодо тютюнокуріння, тобто не збираються позбутися цієї шкідливої звички.

Медико-соціологічне опитування показало недостатню участь лікарів первинної медичної допомоги в спільному з пацієнтом прийнятті рішення і заохочування пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я: тільки 46 % опитаних обговорює з пацієнтом обсяг, мету та варіанти заходів медичної допомоги і 54 % робить це не завжди; 70,0 % респондентів не враховує погляди і уподобання пацієнта при призначенні обстеження та лікування і 30% це роблять «не завжди»; 70,0 % зазначили, що не залучають пацієнтів до спільного прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги без нав'язування йому свого рішення і 30 % це роблять іноді.

Результати обґрунтовують необхідність удосконалення підходів до підвищення рівня освіти, залучення пацієнтів з ІХС до спільного прийняття рішень, підвищення прихильності до лікування та покращення

комунікативних навичок лікаря в рамках впровадження допомоги, орієнтованої на пацієнта.

Матеріали розділу 5 опубліковані в друкованих роботах [47, 75, 82, 292].

РОЗДІЛ 6

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ХВОРИМ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

6.1. Розробка пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією

Результати проведених досліджень [41, 112] свідчать про високі показники захворюваності, смертності та дискваліфікації за медичними показами військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу, серед яких чільне місце, окрім артеріальної гіпертензії, займає ІХС.

Актуальність проблеми також зумовлена вираженим помолодшанням недуги, негативним впливом на якість і тривалість життя, істотним збільшенням ризику серцево-судинних катастроф. Статистичні дані свідчать, що в Україні протягом 1996-2014 рр. зросли: поширеність ІХС у 2,1 рази, захворюваність на ІХС у 1,6 рази і прогнозовано зростання до 2025 р. поширеності - на 63,5 % та первинної захворюваності на 61,1 % [125, 30]. За даними глобальної обсерваторії охорони здоров'я [19], в 2019 році показник смертності від ІХС в Україні був найвищий за відповідні показники в світі та Європі та склав 633,4 на 100 тис населення (проти 115,3 та 231,7 відповідно). З початком повномасштабної війни в 2022 році, в найближчі роки очікуються негативні тенденції щодо зростання смертності від ІХС, цереброваскулярних та ендокринних захворювань, як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців [220, 121].

Таким чином, сучасні демографічні тенденції створили підґрунтя для впровадження профілактичних стратегій (первинної та вторинної

профілактики), особливо в когорті військовослужбовців, для збереження їх здоров'я, боєздатності і, відповідно, обороноздатності країни, адже «профілактична спрямованість діяльності системи охорони здоров'я військовослужбовців», як зазначено в Воєнно-медичній доктрині України, є одним з визначальних принципів, що покладений в основу організації медичного забезпечення військ [84].

В сучасних наукових дослідженнях встановлено, що пацієнти з хворобами системи кровообігу, зокрема, хворі на ІХС, мають численні супутні захворювання і організація медичної допомоги таким хворим повинна враховувати сучасні рекомендації щодо впровадження в клінічну практику пацієнт-орієнтованого підходу [271, 206, 166] для покращення якості медичної допомоги та прогнозу у пацієнтів.

Одним із визначальних механізмів державного регулювання якості медичної допомоги є стандартизація, яка спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в системі охорони здоров'я. В Україні сформована законодавча і нормативна база щодо порядку розроблення та впровадження стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), опрацьовані та застосовуються стандарти медичної допомоги (медичні стандарти), ефективність яких відповідає міжнародним практикам. Функціонування Медичних сил ЗС України та медичних служб інших складових сил оборони в єдиному законодавчому та нормативно-правовому полі держави з питань охорони здоров'я передбачає обов'язкове запровадження в практику надання медичної допомоги військовослужбовцям прийнятих у державі стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) [120] в форматі єдиного медичного простору [28, 148].

В Україні на державному рівні закріплено питання профілактики серцево-судинних захворювань та надання медичної допомоги хворим з ІХС: Наказом МОЗ України від 13.06.2016 № 564 затверджено УКПМД та КН “Профілактика серцево-судинних захворювань” [141] та Наказом МОЗ України від 23.12.2021 № 2857 затверджено УКПМД та КН “Стабільна

ішемічна хвороба серця” [142]. Проте, ці документи не враховують пацієнт-орієнтований підхід в клінічній практиці. В цивільній первинній медичній допомозі це питання врегульовано Наказом МОЗ № 504 від 19.03.2018 “Порядок надання первинної медичної допомоги”, адже серед основних принципів, на яких ґрунтується організація та надання послуг, є принцип “орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з первинної медичної допомоги у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються” [78]. Однак, в медико-технологічних документах ЗС України цей принцип не відображено.

Проблема стандартизації в ЗС стала найбільш актуальною на етапі досягнення медичною службою ЗС України критеріїв відповідності стандартам медичного забезпечення ЗС країн-членів НАТО та положень Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України” [84, 7, 90, 10].

У ЗС держав-членів НАТО розроблена, впроваджена та ефективно функціонує система стандартизації, зокрема й система стандартизації медичного забезпечення, яка служить основою для досягнення взаємосумісності військ та є запорукою успішного спільного виконання ними завдань [119].

Концептуальні положення основних доктринальних документів з питань медичного забезпечення НАТО визначають, що головними факторами, що впливають на якість медичної допомоги є організація медичної служби, її оснащеність, підготовка особового складу та умови навколишнього середовища. Відповідно, стандарти надання медичної допомоги впливають на терміни та кінцеві результати лікування, а наслідки медичної допомоги низької якості тяжко побороти у віддаленому періоді. Тому військова медицина воєнного часу повинна забезпечувати стандарти медичної допомоги, які дозволяють отримувати результати, співставні з найкращою медичною практикою [119].

В стандарті НАТО “AJMedP-8 Medical Doctrine for Military Health Care” (Медична доктрина військової охорони здоров’я) [174] зазначено, що “Підтримка медичних послуг надається, прямо чи опосередковано, щоб сприяти здоров’ю і благополуччю пацієнтів або населення (AAP-06). Військова охорона здоров’я – це надання медичних послуг, орієнтованих на пацієнта, військовими медичними працівниками для визначення групи ризику; охоплює профілактичний захист здоров’я, догоспітальну невідкладну допомогу, первинну медичну допомогу, лікарняну допомогу та реабілітацію”. Таким чином, профілактична спрямованість та пацієнт-орієнтований підхід є ключовою стратегією в питанні медичного забезпечення військ НАТО.

Основним принципом “Военно-медичної доктрини” в Україні [84] є профілактична спрямованість діяльності системи охорони здоров’я військовослужбовців, проте не визначено роль пацієнт-орієнтованого підходу в організації надання медичних послуг. Цей аспект є важливим для досягнення сумісності медичного забезпечення військ в Україні зі ЗС держав – членів НАТО, держав – членів Європейського Союзу.

В ЗС України діє науково обґрунтована система диспансерного огляду, яка передбачає своєчасне виявлення чинників, захворювань та станів, що можуть мати негативний вплив на розвиток ССЗ та визначають рівень загального ризику ССЗ; корекцію немедикаментозну та медикаментозну ФР, що піддаються модифікації, упродовж життя; навчання пацієнтів з питань профілактики ССЗ, залучення їх до моніторингу ФР, підтримки мотивації щодо дотримання здорового способу життя та рекомендацій лікаря. Відповідні питання розглядаються в контексті профілактичного консультування. Проте, в директивних документах з диспансеризації не визначено роль і методологію пацієнт-орієнтованої консультативної допомоги [88, 86, 85].

Основними заходами щодо зменшення негативних наслідків ІХС є її профілактика та своєчасне виявлення, а також комплексний підхід до

лікування з використанням сучасних препаратів з доведеною ефективністю (2019 Guidelines on Chronic Coronary Synromes; УКПМД “Стабільна ішемічна хвороба серця”, 2021) [93, 89].

Проте, результати проведених нами досліджень засвідчили низький рівень прихильності, поінформованості та мотивації щодо медикаментозного лікування у військовослужбовців, хворих на ІХС, а також недостатню прихильність опитаних військовослужбовців, до виконання рекомендацій лікаря щодо немедикаментозного лікування – більшість з них оцінили виконання рекомендацій лікаря на три бали і менше за п’ятибальною шкалою, зокрема, 79,2 % щодо здорового харчування та 69,4 % щодо фізичної активності [81].

У хворих на ІХС молодого віку прогресування атеросклерозу часто має прискорений характер через високу поширеність ФР, тому боротьба з ними є надзвичайно важливим завданням і має включати дієту, фізичні вправи, відмову від куріння, застосування гіполіпідемічних засобів, а також лікування цукрового діабету та артеріальної гіпертензії (за необхідності) [311]. Слід зауважити, що під час воєн (Jawad M. Et al., 2019) відзначалася тенденція до поширення нездорового способу життя, а саме збільшення вживання алкоголю та тютюнових виробів [239, 256, 326], нестача фізичної активності та тривожно-депресивні розлади [302]. В дослідженні “Coronary Artery Risk Development in Young Adults” рівні ворожості корелювали з наявністю кальцинатів у коронарних артеріях [184].

Доведено, що клінічний перебіг і прогноз у хворих на ІХС значною мірою зумовлені наявністю та комбінацією факторів ризику серцево-судинних захворювань і коморбідної патології. В літературних джерелах [47, 34] та результати власних досліджень [3] показали високу поширеність коморбідної патології у хворих на ІХС військовослужбовців. Під час війни коморбідна патологія підвищує ризик серцево-судинних подій. Так, метааналіз, який охоплював 26 досліджень, показав, що асоційовані з

бойовими діями травми в 1,8 раза підвищують ризик розвитку ССЗ і в 1,57 раза – ймовірність смерті від ішемічної хвороби серця [338].

Ситуацію ускладнює ще й той факт, що під час збройного конфлікту створюються також умови щодо належного лікування хронічної патології, адже немає підтримки безперервності постачання необхідних медикаментів [239].

Для запровадження принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги та залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я, перебігу захворювань та участі в процесі лікування ІХС нами було розроблено інформаційний лист "Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я" [135].

При апробації інформаційного листа отримано позитивну оцінку від військовослужбовців з ІХС, а саме: більшість респондентів (74 %) отримали нову та корисну інформацію, яка зрозуміла для сприйняття (98 %); 60 % опитаних відзначили зміну ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря з готовністю до більш активної участі у самоконтролі стану власного здоров'я та у процесі прийняття рішень щодо лікування (72 %). Слід зауважити, що 56 % респондентів планують запровадити запропоновані рекомендації у життя. Таким чином, запропонований нами інформаційний лист, може бути впроваджено у практику військової первинної медичної допомоги для залучення військовослужбовців, хворих на ІХС, до партнерської участі в процесі лікування та більш активної участі у самоконтролі стану здоров'я [135].

За умови коморбідності та мультиморбідності створюються передумови до поліпрагмазії, збільшення кількості побічних ефектів внаслідок взаємодії між ліками, фінансової токсичності [166] та продовжується тривалість госпіталізації пацієнтів, що передбачає збільшення витрат у системі охорони здоров'я [260].

Сучасні принципи удосконалення медичної допомоги хворим в умовах коморбідності та мультиморбідності передбачають запровадження пацієнт-

орієнтованого підходу, як основної стратегії [222, 283], задля покращення прогнозу та покращення якості життя цієї когорти пацієнтів та рекомендована ВООЗ серед пріоритетів розвитку систем охорони здоров'я в 21 столітті [296].

Слід зауважити, що в Журналі Американського коледжу кардіології 2022 році був опублікований консенсус «Шлях узгодженого рішення експертів ACC 2022 щодо інтеграції лікування атеросклеротичних серцево-судинних захворювань і мультиморбідності: основа для прагматичного, орієнтованого на пацієнта догляду: звіт Комітету з нагляду за набором рішень Американського коледжу кардіології» [166], зазначено: “що в міру того, як пацієнти набувають більш хронічних захворювань, тягар доступної терапії посилюється, а тривалість життя скорочується, а отже, лікування та вторинна профілактика повинна перейти від рекомендацій усіх варіантів, що ґрунтуються на доказах, до підходу, який віддає пріоритет терапії з найбільшим очікуваним профілем користі/шкоди, узгоджуючи його з цілями та вподобаннями пацієнтів”.

Таким чином, на сучасному етапі пацієнт-орієнтована модель розглядають як основну складову удосконалення медичної допомоги хворим з мультиморбідністю. Для імплементації пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику важливою є відповідна підготовка лікарів та залучення пацієнтів до спільного ухвалення рішення [325, 274].

Для практичної реалізації цього підходу на кафедрі ВЗП-СМ УВМА, в форматі безперервної післядипломної підготовки для лікарів загальної практики військових закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги запроваджено фахову школу “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)”, а для слухачів УВМА в навчальному модулі “Доказова медицина. Збереження здоров'я профілактика” в темі “Консультавання із підтримки здорового способу життя” включено навчальні питання щодо основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу, навичок комунікації,

мотиваційного інтерв'ю, клінічної емпатії, що допомагає краще вибудувати довірчі відносини з військовослужбовцями, знизити емоційне напруження, що важливо для залучення їх до спільного ухвалення рішення, та визначення індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки [139].

В консенсусі «Шлях узгодженого рішення експертів ACC 2022 щодо інтеграції лікування атеросклеротичних серцево-судинних захворювань і мультиморбідності: основа для прагматичного, орієнтованого на пацієнта догляду: звіт Комітету з нагляду за набором рішень Американського коледжу кардіології» [166] враховано диференційований підхід щодо надання медичної допомоги в залежності від функціональних спроможностей пацієнта, перебігу хронічного серцево-судинного захворювання та кількості коморбідних станів:

- якщо пацієнт має декілька хронічних захворювань, довга очікувана тривалість життя; ментальний стан, емоційний стан, функціональний стан, соціальна активність (працездатність) не знижені чи незначно знижені, то для такої когорти при спільному прийнятті рішення клініцистом і пацієнтом бажано для оптимізації лікування, зберігаючи при цьому цілі, пріоритети та вподобання пацієнта, застосовувати настанови, засновані на доказах (клас 1, рівень доказовості A), які впливають на прогноз та тривалість життя; з послідовністю лікування - від найвищої до найменшої цінності для пацієнта з найбільшою користю;

- якщо у пацієнта має місце мультиморбідність (багато хронічних захворювань), має місце наростання важкості загального стану; ментальний та емоційний стан, функціональний стан, соціальна активність (працездатність) мають такі порушення, що заважають пацієнтові дотримуватись терапевтичного плану, то спільне прийняття рішень клініцистом і пацієнтом слід використовувати для оптимізації лікування, зберігаючи при цьому цілі, пріоритети та вподобання пацієнта з послідовністю лікування від найвищої до найменшої цінності для пацієнта з

найбільшою користю; деякі настанови, засновані на доказах (клас 1, рівень доказовості А), які пливають на прогноз та тривалість життя, можуть не застосовуватись;

- якщо пацієнт в термінальній стадії захворювання, очікувана тривалість життя скорочена, мультиморбідність, яку важко контролювати; ментальний стан, емоційний стан, функціональний стан, соціальна активність помітно знижені та перешкоджають пацієнтові дотримуватись терапевтичного плану, то для таких пацієнтів настанови, засновані на доказах (клас 1, рівень доказовості А), які пливають на прогноз та тривалість життя, можуть не застосовуватись, треба зосередити увагу на симптоматичному лікуванні.

Рішення щодо втручань носить динамічний характер, може змінюватись раптово, а може розвиватись поступово з часом. Пріоритети та переваги пацієнтів повинні враховуватися в процесі прийняття рішень на кожному етапі життя, тому може виникнути необхідність припинити, розпочати або продовжити лікування залежно від того, що для пацієнта є найбільш важливим.

Такий підхід доцільно запровадити при обґрунтуванні удосконалення організації медичної допомоги військовослужбовцям і пенсіонерам ЗС, хворим на ІХС.

Таким чином, узагальнені результати досліджень дозволили окреслити концептуальні підходи та перспективні напрями оптимізації менеджменту хворих на ІХС з коморбідною патологією, які стосуються усіх її складових: нормативно-правової, організаційної, кадрової, матеріально-технічної, інформаційної, комунікативної, контрольної, моніторингу та оцінки діяльності системи на галузевому рівні (рис. 6.1)

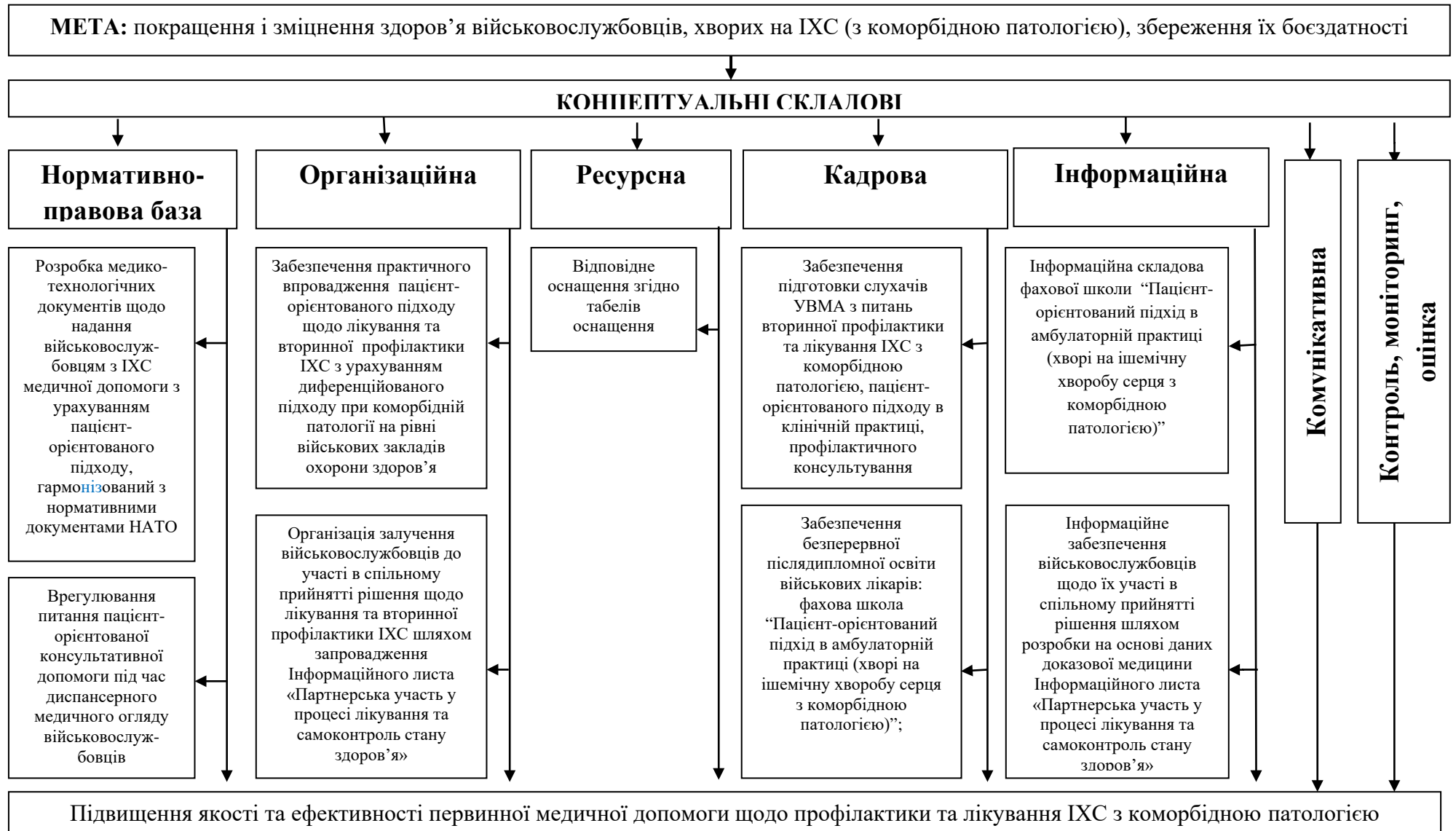


Рис. 6.1. Концептуальні складові медико-соціального обґрунтування оптимізації функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією на рівні первинної медичної допомоги

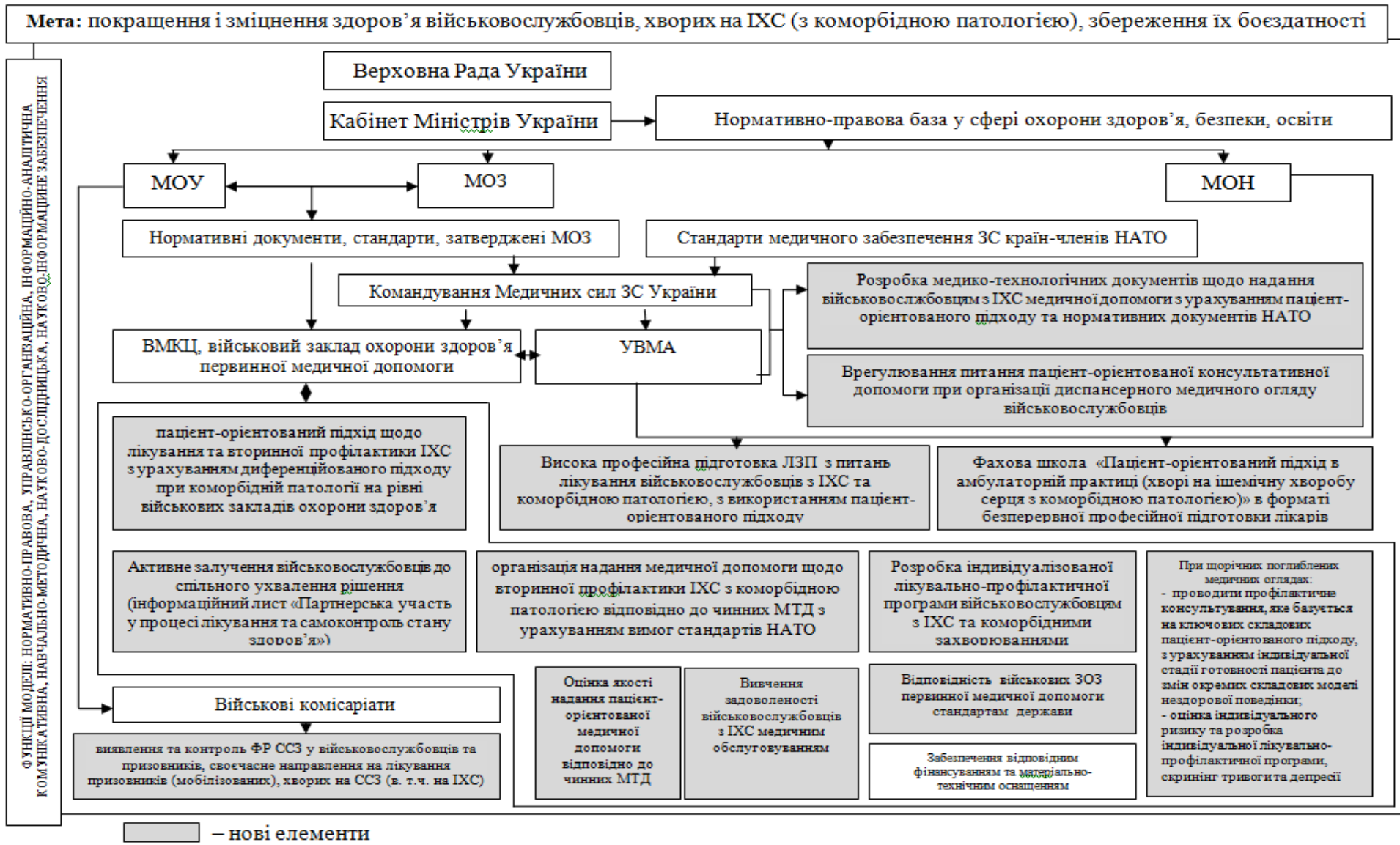


Рис. 6. 2. Оптимізована пацієнт-орієнтована модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця.

На підставі аналізу національного законодавства, стандартів держав-членів НАТО, стану здоров'я військовослужбовців, нормативно-правового регулювання та організації медичної допомоги в системі ЗС України; спираючись на досвід провідних країн світу і доказові дані, з урахуванням рекомендацій ВООЗ та інших міжнародних організацій обґрунтовано удосконалення функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі у військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідною патологією, яка базується на комплексному та системному підході з використанням медичних технологій та втручань з доведеною ефективністю і безпекою для пацієнта та забезпечує відповідну якість медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України (рис. 6.2).

Запропонована удосконалена функціонально-організаційна пацієнт-орієнтована модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, враховує принципи державної політики в галузі охорони здоров'я, з урахуванням науково-методичного регулювання передбачає визначення цілей, встановлення об'єктів для застосування лікувально-профілактичних технологій і виконавців, розробку основних напрямів та способів досягнення мети.

Розроблена модель включає заходи, які вже запроваджені у медичну службу ЗС щодо профілактики ІХС та нові елементи, які функціонально удосконалюють існуючу систему профілактичних заходів щодо ІХС та сприяють послідовному досягненню мети.

Таким чином, в удосконаленій структурно-функціональній моделі зроблено акцент на необхідності запровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги на рівні закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги в ЗС, адже визначальна роль у наданні якісних профілактичних послуг належить фахівцям первинної медичної допомоги лікарів загальної практики і від рівня знань і умінь яких залежить ефективність впровадження заходів з профілактики ССЗ [4].

Впровадження в практику оптимізованої комплексної структурно-функціональної пацієнт-орієнтованої моделі менеджменту ІХС у військовослужбовців забезпечується:

1) на рівні територіальних центрів комплектування та підтримки – виявлення та контроль ФР ССЗ у військовослужбовців та призовників, своєчасне направлення на лікування призовників (мобілізованих), хворих на ССЗ (в. т.ч. на ІХС);

2) на рівні військових ЗОЗ первинної медичної допомоги:

- ресурсне забезпечення військових ЗОЗ первинної медичної допомоги у відповідності до чинних стандартів;

- організація надання медичної допомоги щодо вторинної профілактики ІХС з коморбідною патологією відповідно до чинних МТД з урахуванням вимог стандартів НАТО;

- при щорічних поглиблених медичних оглядах при виявленні, моніторингу ФР ССЗ та їх корекції у військовослужбовців проводити профілактичне консультування, яке базується на ключових складових пацієнт-орієнтованого підходу, з урахуванням індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки;

- враховуючи «помолодшання» розвитку ІХС застосовувати підхід, що базується на систематичній оцінці серцево-судинного ризику та систематичному моніторингу ФР ССЗ для всіх військовослужбовців під час щорічних медичних оглядів;

- залучення військовослужбовців до активної участі в спільному прийнятті клінічних рішень щодо обсягу медичних послуг та самоконтролю стану здоров'я шляхом підвищення поінформованості щодо здорового способу життя та основних ФР ССЗ та відповідальності за контроль ФР ССЗ, участі у процесі виявлення та корекції ФР ССЗ, обізнаності щодо лікування ІХС з використанням “Інформаційного листа для пацієнта з ішемічною хворобою серця “Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров'я”;

- в форматі безперервної післядипломної підготовки для лікарів загальної практики військових закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги запроваджено фахову школу “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)”;

- для слухачів УВМА в навчальному модулі “Доказова медицина. Збереження здоров'я профілактика” в темі “Консультування із підтримки здорового способу життя” включено навчальні питання щодо основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу, навичок комунікації, клінічної емпатії та визначення індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки;

- у пацієнтів з ІХС та коморбідними захворюваннями розробка індивідуалізованої лікувально-профілактичної програми, яка включає нові підходи, а саме:

- лікар загальної практики при ухваленні рішення щодо вторинної профілактики та лікування хворих з ІХС, з позиції цілісного, пацієнт-орієнтованого підходу, повинен враховувати всі хронічні захворювання, які є у пацієнта, а не тільки серцево-судинної системи, та надавати пріоритети та переваги в збереженні здоров'я, адже серед декількох коморбідних захворювань є один стан, який більш важливіший, ніж інші;

- пацієнт з коморбідністю в даний проміжок часу може претендувати на кілька терапій відповідно до існуючих рекомендацій та настанов, проте пріоритет слід віддавати лікуванню, яке спрямоване одночасно на кілька клінічних станів.

- в існуючих нормативних МТД, послідовність призначення медикаментозних препаратів, можливість зменшення або припинення прийому певного препарату, на сьогоднішній день не визначено, а отже це питання треба розглядами при спільному прийнятті рішення з врахуванням очікуваної користі та потенційної шкоди, що пов'язані із початком або

зміною терапії. За потреби лікар загальної практики повинен звернутися за допомогою до інших відповідних експертів.

- щоб уникнути проблеми, пов'язаної з поліпрагмацією, і відповідно, для зменшення фінансового тягара, відмінити ліки або зменшити дози, які не мають пріоритетного значення в досягненні результатів лікування та очікуваного прогнозу. Крім того, для полегшення координації медичної допомоги між лікарями різних профілів та лікарем загальної практики, повинна бути впроваджена єдина система електронних медичних записів.

- холістичний підхід до розуміння пацієнта з коморбідністю: врахування його медичних проблем, ментальних проблем та емоціонального стану, функціональних спроможностей та обмежень, соціального середовища. Так, для пацієнта з високою функціональною спроможністю та нормальною або майже нормальною тривалістю життя найкращим є дотримання рекомендацій щодо лікування для зниження захворюваності та смертності. Для пацієнтів в термінальній стадії захворювання – зосередитись на компромісах щодо лікування симптомів для їх деескалації.

- спільне прийняття рішення з пацієнтом щодо лікування, вибраного серед медично обґрунтованих варіантів, яке є найбільш важливішим для пацієнта та узгоджується з цілями, пріоритетами та перевагами. Це динамічний процес, який змінюється у часі в залежності від перебігу захворювання, якості життя пацієнта та прогнозу. Таким чином, в процесі прийняття рішення, в певний проміжок часу, може виникнути необхідність припинити, розпочати або продовжити лікування залежно від того, що є найбільш важливим для пацієнта.

- врахування соціальних детермінант: економічна стабільність, доступність медичної допомоги та її якість, зайнятість, релігійні погляди, вік та ін.

- вивчення задоволеності військовослужбовців з ІХС отриманою медичною допомогою;

- оцінка якості надання пацієнт-орієнтованої медичної допомоги відповідно до чинних МТД.

6.2. Запровадження фахової школи для лікарів «Пацієнт-орієнтований підхід в лікуванні хворих на ІХС з коморбідними станами»

В 2021 році опубліковано настанову із впровадження стратегій спільного прийняття рішень в повсякденну клінічну практику NG197 [274], де зазначено: “Установи мають гарантувати, що опанування вмій та навичок, необхідних для підтримки спільного прийняття рішень, забезпечено вступним курсом навчання та можливостями безперервного професійного розвитку для всього медичного персоналу”, “надати доступ до семінарів у стилі «навчання інструкторів» (де медичних працівників і, можливо, користувачів послуг навчають вчити інших медичних працівників) для основних представників впровадження стратегії спільного прийняття рішень у підрозділах, де відбувається це впровадження”, “впевнитися, що навчання має практичне спрямування (наприклад із використанням рольових ігор), а не виключно теоретичний, для того щоб медичні працівники могли застосовувати на практиці навички, необхідні для спільного прийняття рішень”.

В результаті соціологічного дослідження (розділ 5.4) ми встановили, що має місце недостатня участь лікарів первинної медичної допомоги в спільному з пацієнтом прийнятті рішення і заохочування пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я, як одного з складових пацієнт-орієнтованого підходу, що обумовило розробку програми фахової школи для лікарів “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)”.

Головною метою фахової школи є удосконалити підготовку лікарів загальної практики щодо принципів та цінностей пацієнт-орієнтованого підходу та впровадження його в роботу первинної медичної допомоги;

підвищити поінформованість лікарів щодо впливу мультиморбідної патології на рівень смертності, загальний стан здоров'я та показники якості життя пацієнтів; поглибити знання щодо сучасних підходів в оцінці коморбідності в клінічній практиці (зокрема, пацієнтам з ІХС) відповідно до вимог сучасної доказової медицини.

Фахова школа направлена на удосконалення професійних компетенцій лікарів первинної медичної допомоги:

- здатність реалізувати пацієнт-орієнтований холістичний підхід в роботі із кожним пацієнтом/ родиною, побудований на довготривалих довірчих відносинах лікар-пацієнт незалежно від соціального статусу, віку, статі, виниклої медичної проблеми та інших особливостей пацієнта;

- спроможність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані; здатність до комплексної оцінки стану пацієнтів, що мають кілька медичних проблем

- здатність до цілісного підходу до вирішення проблем із здоров'ям пацієнтів, враховуючи їх фізичні, психологічні, соціальні, культурні особливості;

- вміння проводити виявлення і оцінку факторів ризику, профілактику та лікування ІХС, як одну з визначальних серед хронічної неінфекційної патології;

- вміння проводити пацієнт-орієнтоване, мотиваційне консультування та навчання пацієнтів щодо модифікації способу життя і корекції ФР ССЗ.

Програма фахової школи “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)” викладається в обсязі 18 годин, з них 12 годин (по шість годин щодня) під керівництвом викладачів у формі лекцій, семінарів та самостійної роботи (6 годин, по три години щодня) з обов'язковими початковим та підсумковим тестовим контролем.

Основні теми, які розглядаються в даній фаховій школі, визначено на основі отриманих результатів соціологічного дослідження (розділ 5.4):

Тема 1. Загальні принципи пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги

Основні принципи і цінності пацієнт-орієнтованої моделі на рівні закладу та команди первинної медичної допомоги. Пацієнт-орієнтований підхід в сімейній медицині. Пацієнт-орієнтованість та якість медичної допомоги. Комунікаційні методики для роботи з пацієнтом

Тема 2. Коморбідність та мультиморбідність в роботі лікаря загальної практики.

Коморбідність та мультиморбідність – основні поняття та визначення, значення для клінічної практики. Комплексна оцінка стану пацієнта з урахуванням коморбідної патології. Прихильність до лікування як фактор прогнозу у коморбідних хворих

Тема 3. Коморбідність у хворих на ішемічну хворобу серця: поширеність та клінічне значення

Оцінка коморбідних станів у хворих на ІХС: поширеність, клінічне значення

Тема 4. Лікування ішемічної хвороби серця відповідно до сучасних медико-технологічних документів

Основні положення УКПМД “Стабільна ішемічна хвороба серця” та ключові положення рекомендацій Європейського товариства кардіологів 2019 року щодо хронічного коронарного синдрому. Роль лікаря загальної практики при наданні медичної допомоги хворому з ІХС. Оптимальна медикаментозна терапія ІХС з позиції доказової медицини. Лікування хворих на ІХС з коморбідними станами

Тема 5. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу в лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідністю: клінічні випадки

Детальний розбір клінічних випадків: хворий на ІХС з коморбідністю.

Від час проведення фахової школи також відпрацьовуються практичні навички:

- застосовувати основні принципи і цінності пацієнт-орієнтованої моделі на практиці;

- використовувати комунікаційні методики для роботи з пацієнтом;
- проводити комплексну оцінку стану пацієнта з урахуванням коморбідної патології;
- в залежності від функціональних спроможностей пацієнта, перебігу хронічного серцево-судинного захворювання та кількості коморбідних станів;
- покращувати прихильність до лікування у коморбідних хворих;
- застосовувати оптимальну медикаментозну терапію у хворих на ІХС з позиції доказової медицини.

Після проведення фахової школи “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)” було проведено анкетне опитування лікарів (n=28) за анкетую-відгуком (Додаток Д)

Всім респондентам (100 %) були до вподоби зміст і програма фахової школи “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ІХС з коморбідною патологією)”. Всі (100 %) лікарі відповіли, що отримали корисну інформацію для практичної роботи з матеріалів фахової школи. корисну інформацію та оволоділи технологіями проведення медичного консультування та покращення комунікаційних навичок, як складової пацієнт-орієнтованого підходу. Планують використовувати в повсякденній роботі пацієнт-орієнтований підхід для оптимізації медичної допомоги військовослужбовцям 92,9 % респондентів (n=26) та 7,1 % (n=2) – частково. В своїй роботі спільне ухвалення рішення з пацієнтом щодо обсягу діагностичних та лікувальних заходів планує використовувати 85,7 % (n=24), частково 14,3 % (n=4). Розбір клінічних випадків щодо використання психологічної методики NURSE для засвоєння комунікативних навичок клінічної емпатії був корисним для 96,4 % респондентів (n=27) та 3, 6% (n=1) – частково.

Таким чином, запровадження фахової школи для лікарів загальної практики “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)” можна розглядати як один з елементів оптимізації функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі у військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідною патологією на рівні первинної медичної допомоги.

6.3. Оптимізація залучення хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідними станами до самоконтролю захворювання. Запровадження інформаційного листа для пацієнтів з ішемічною хворобою серця “Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров’я”

В Україні, згідно доказового ранжування Глобального тягаря хвороб, в 2019 році ІХС є лідером серед основних причин смерті всіх вікових категорій обох статей, а також передчасної смерті та втрати працездатності. Крім того, показник DALY (втрачені роки здорового життя, які призвели до втрати працездатності) внаслідок ІХС серед населення України є значно вищим, ніж в інших державах [98, 209].

ІХС є вагомим медико-соціальним чинником щодо показників захворюваності та дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами [2, 39, 132]. Сучасні наукові дослідження показують, що профілактичний напрямок є ключовим у вирішенні питань зниження смертності від серцево-судинних захворювань [115, 156, 165, 166, 169].

Значною проблемою сучасної медицини залишається низька прихильність пацієнтів до лікування ІХС [3, 17, 24] навіть після перенесеного ІМ [161, 264, 208, 301, 75].

На сучасному етапі має місце низький рівень прихильності військовослужбовців, хворих на ІХС, як до медикаментозного, так і

немедикаментозного лікування, недостатня готовність щодо зміни поведінкових факторів ризику [81].

На сучасному етапі існує низка наукових досліджень, які присвячені розробці підходів щодо визначення чинників, які впливають на прихильність до лікування хворих на ІХС і спрямовані на активне залучення пацієнтів до участі в лікуванні [82, 171]. До факторів, як можуть позитивно впливати на комплаєнс пацієнтів, належать: характеристики програми фізичної терапії, міждисциплінарний підхід, контроль, використання сучасних технологій, первинне оцінювання та врахування індивідуальних характеристик пацієнта та бар'єрів, освіта пацієнтів, відчуття задоволення від програми, інтеграція програми у повсякденне життя пацієнта, соціальна підтримка, ефективна комунікація з персоналом та зворотний зв'язок, доступ пацієнта до інформації про хід реабілітаційного процесу, самоефективність та компетентність, активна роль пацієнта та коректна постановка цілей [2, 145, 325, 284].

Перспективним напрямком підвищення прихильності пацієнтів до медикаментозного, немедикаментозного лікування та вторинної профілактики ІХС є впровадження пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, яка базується на співпраці між медичними працівниками та пацієнтами, тому важливою складовою є поінформованість пацієнта та залучення до процесу спільного ухвалення рішення щодо лікування [45, 270, 325, 330].

Для залучення військовослужбовців в процес спільного прийняття рішення згідно клінічної настанови NG197 потрібно: “перед обговоренням запропонувати людині доступ до ресурсів в зручному для неї форматі (наприклад буклет, листівка або мобільний додаток), щоб допомогти підготуватися до обговорення варіантів та прийняття спільних рішень. Це має спонукати пацієнтів замислитися про: що є для них важливим; на що вони сподіваються протягом обговорення; які запитання вони хотіли би поставити”. Таким чином, для реалізації цього підходу та залучення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я, перебігу захворювань та участі в процесі

лікування ІХС потрібно підвищити поінформованість військовослужбовців [274].

Узагальнено сучасні дані доказової медицини щодо профілактики та лікування ішемічної хвороби серця та розроблено інформаційний лист “Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров’я” (Додаток Ж).

Інформаційний лист складається з декількох блоків, де в доступній формі пацієнту надається роз’яснення щодо його ролі в спільному прийнятті рішення з лікарем щодо певних стратегій в лікуванні та профілактиці ІХС; висвітлено значення основних ФР в прогресуванні ІХС та необхідності корекції способу життя; зроблено акценти на певних, науково доведених, медикаментах, які попереджають серцево-судинні ускладнення та препаратах, які направлені на зменшення клінічних проявів захворювання (антиішемічні); блок, присвячений самодопомозі та самоконтролю (самостійні дії для попередження ускладнень і прогресування ІХС, самоконтроль та самооцінка стану здоров’я та перебігу ІХС); а також блок, де надано рекомендації щодо самоконтролю виконання, погоджених з лікарем, рекомендацій щодо корекції ФР і прийому медикаментозного препаратів.

Ми провели апробацію даного інформаційного листа серед військовослужбовців (n=50, середній вік $46,2 \pm 8,9$ років, чоловіча стать), які лікувались в Вінницькій міській клінічній лікарні № 1 з проводу ІХС та коморбідної патології. За допомогою спеціально розробленої анкети-відгука було з’ясовано їх думку щодо доступності та зрозумілості інформації в інформаційному листі, власного ставлення до лікування та рекомендацій лікаря, їх активної участі у самоконтролі стану власного здоров’я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування після ознайомлення з даним інформаційним листом (табл. 6.1)

Розподіл відповідей респондентів (n=50) на запитання анкети-відгука на інформаційний лист «Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я», %

№ з/п	Запитання анкети-відгука	Варіанти відповідей		
		Так	Ні	Частково
1	Чи отримали Ви нову, корисну інформацію в процесі ознайомлення з інформаційним листом ?	74	26	0
2	Чи достатньо зрозуміло була викладена інформація?	98	2	0
3	Чи змінилося Ваше ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря після ознайомлення з інформаційним листом?	60	12	28
4	Чи плануєте Ви запровадити запропоновані рекомендації у життя?	56	12	32
5	Чи готові Ви до більш активної участі у самоконтролі стану Вашого здоров'я та участі у процесі ухвалення рішення щодо лікування?	72	2	26

Так, згідно проведеного соціологічного опитування (табл. 6.1), більшість респондентів (74 %) відповіли, що отримали нову та корисну інформацію, яка зрозуміла для сприйняття (98 %); 60 % опитаних відзначили зміну ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря з готовністю до більш активної участі у самоконтролі стану власного здоров'я та у процесі прийняття рішень щодо лікування (72 %). Слід зауважити, що 56 % респондентів планують запровадити запропоновані рекомендації у життя.

Таким чином, враховуючи думку пацієнтів, для запровадження пацієнт-орієнтованого підходу, рекомендовано впровадження інформаційного листа «Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та

самоконтроль стану здоров'я” в практику військової первинної медичної допомоги з метою більш активної участі у самоконтролі стану здоров'я військовослужбовців з ІХС та їх участі у процесі прийняття рішень щодо лікування.

6.4. Оцінка ефективності впровадження удосконаленої пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією

Одним із специфічних методів наукового дослідження є метод експертних оцінок [58].

Опитано 19 висококваліфікованих експертів, у тому числі 9 експертів (47,4 %) представляли УВМА, 10 (52,6 %) – НВМКЦ «ГВКГ». Серед експертів мали науковий ступінь доктора медичних наук – 4 (21,0 %), доктора філософії в галузі «Медицина» – 3 (15,8 %) та 12 – кандидата медичних наук (63,2 %); вчене звання професора – 4 (21,0 %), доцента – 3 (15,8 %). Стаж роботи в галузі «Медицина» – $28,9 \pm 10,8$ років.

Експертна оцінка запропонованої моделі проводилась заочно за допомогою «Картки експертного опитування» (Додаток К), що містила 3 основних блоки запитань з бальною оцінкою від 0 до 5, де 0 – фактор не впливає, 1 – слабкий вплив, 2 – помірний вплив, 3 – значний вплив, 4 – сильний вплив, 5 – дуже сильний вплив.

Інформаційним забезпеченням експерта були статті:

– «Наукове обґрунтування оптимізованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця» [110];

– «Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування» [139].

Після ознайомлення експертів з наданими матеріалами та заповнення “Картки експертного опитування” (Додаток К), вони повертались дисертанту.

Заповнені анкети були оцінені на якість заповнення та проведена статистична обробка отриманого матеріалу. За коефіцієнтом конкордації Кендала проведена оцінка узгодженості думок експертів.

Експерти позитивно оцінили впровадження пацієнт-орієнтованого підходу на організацію медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями в амбулаторно-поліклінічних умовах (табл. 6.2)

Таблиця 6.2.

Експертна оцінка впливу впровадження пацієнт-орієнтованого підходу на організацію медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями в амбулаторно-поліклінічних умовах

Ознаки та їх оцінки	Число відповідей експертів	
	абс.	%
Впровадження пацієнт-орієнтованого підходу на організацію медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями в амбулаторно-поліклінічних умовах буде мати вплив:		
– фактор не впливає	0	0
– слабкий вплив	0	0
– помірний вплив	1	5,26±5,1
– значний вплив	3	15,79±8,4
– сильний вплив	6	31,58±10,7
– дуже сильний вплив	9	47,37±11,5
сьогого	19	100

У табл. 6.3. представлені дані щодо оцінки експертами впливу залучення військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідними

захворюваннями до партнерської участі в процесі лікування на підвищення прихильності пацієнтів та ефективність лікування.

Таблиця 6.3.

Експертна оцінка впливу залучення військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями до партнерської участі в процесі лікування на підвищення прихильності пацієнтів та ефективність лікування

Ознаки та їх оцінки	Число відповідей експертів	
	абс.	%
Залучення військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями до партнерської участі в процесі лікування на підвищення прихильності пацієнтів та ефективність лікування буде мати вплив:		
– фактор не впливає	0	0
– слабкий вплив	0	0
– помірний вплив	1	5,26±5,1
– значний вплив	1	5,26±5,1
– сильний вплив	4	21,05±9,4
– дуже сильний вплив	13	68,42±10,7
Всього	19	100

Третім блоком питань експерти оцінили вплив запропонованої пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями, щодо економічного ефекту, покращення поінформованості військових лікарів щодо спільного прийняття рішення та досягнення цільових значень артеріального тиску, холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями (табл. 6.4)

Експертна оцінка впливу удосконаленої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями

Ознаки та їх оцінки	Число відповідей експертів	
	абс.	%
1	2	3
Впровадження удосконаленої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями буде мати вплив:		
А. На економічний ефект:		
– фактор не впливає	0	0
– слабкий вплив	0	0
– помірний вплив	1	5,26±5,1
– значний вплив	1	5,26±5,1
– сильний вплив	4	21,05±9,4
– дуже сильний вплив	13	68,41±10,7
Всього	19	100
Б. На покращення поінформованості військових лікарів щодо спільного прийняття рішення як складової пацієнт-орієнтованої медичної допомоги		
– фактор не впливає	0	0
– слабкий вплив	0	0
– помірний вплив	1	5,26±5,1
– значний вплив	2	10,53±7,0
– сильний вплив	3	15,79±8,4
– дуже сильний вплив	13	68,42±10,7

1	2	3
Всього	19	100
В. На досягнення цільових значень артеріального тиску, холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями		
– фактор не впливає	0	0
– слабкий вплив	0	0
– помірний вплив	2	10,53±7,0
– значний вплив	2	10,53±7,0
– сильний вплив	2	10,53±7,0
– дуже сильний вплив	13	68,41±10,7
Всього	19	100

Таким чином, як видно з таблиці 6.4, запропонованої пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями, високо оцінений експертами.

Розрахунок ефективності запропонованих медико-організаційних підходів щодо удосконалення функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями оцінювався шляхом розрахунку середньозваженої кількості балів з урахуванням стажу роботи, наукового ступеня (табл. 6.5).

Як видно з табл. 6.5 найбільший позитивний вплив на організацію медичної допомоги військовослужбовцям в амбулаторно-поліклінічних умовах очікується від залучення військовослужбовців до партнерської участі в процесі лікування, що підвищує прихильність пацієнтів та ефективність лікування, а також має позитивний економічний ефект.

Експертна оцінка запропонованих медико-організаційних підходів щодо удосконалення функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями

	1-е запи- тання	2-е запи- тання	3-є запитання			Загалом
			А	Б	В	
δ_k	3,5	3,8	3,8	3,7	3,6	3,7

Примітка. δ_k – середньозважений бал

За коефіцієнтом конкордації Кендала проведена оцінка узгодженості думок експертів, який становив 0,82.

Таким чином, результати проведеного дослідження показали, що запропонована удосконалена функціонально-організаційна пацієнт-орієнтована модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями, позитивно оцінена експертами, що дозволяє рекомендувати її впровадження в медичних закладах МО України.

Висновки до розділу 6.

Збільшення поширеності ІХС та коморбідних станів у військовослужбовців потребує удосконалення надання медичної допомоги, з урахуванням вимог доказової медицини та стандартів НАТО.

Визначені концептуальні підходи та перспективні напрями оптимізації менеджменту хворих на ІХС з коморбідною патологією, які стосуються усіх її складових: нормативно-правової, організаційної, кадрової, матеріально-технічної, інформаційної, комунікативної, контрольної, моніторингу та оцінки діяльності системи на галузевому рівні.

Оптимізована пацієнт-орієнтована модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією, ґрунтується на комплексному та системному підході з використанням медичних технологій та втручань з доведеною ефективністю і безпекою для пацієнта та забезпечує відповідну якість медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України.

Запровадження оптимізованої пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідністю, спрямоване на удосконалення лікувально-профілактичного забезпечення військовослужбовців, у відповідності до сучасних вимог доказової медицини та стандартів НАТО.

Для удосконалення підготовки лікарів загальної практики щодо принципів та цінностей пацієнт-орієнтованого підходу та впровадження його в роботу первинної медичної допомоги, підвищення поінформованості лікарів щодо впливу мультиморбідної патології на рівень смертності, загальний стан здоров'я та показники якості життя пацієнтів та поглиблення знань щодо сучасних підходів в оцінці коморбідності в клінічній практиці (зокрема, пацієнтам з ІХС) відповідно до вимог сучасної доказової медицини розроблено програму фахової школи “Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)”. Всі (100 %) лікарі відповіли, що отримали корисну інформацію для практичної роботи з матеріалів фахової школи, корисну інформацію та оволоділи технологіями проведення медичного консультування і покращення комунікаційних навичок, як складової пацієнт-орієнтованого підходу та планують (92,9 %) використовувати в повсякденній роботі пацієнт-орієнтований підхід для оптимізації медичної допомоги військовослужбовцям.

На основі даних доказової медицини для оптимізації залучення хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідними станами до спільного з лікарем прийняття рішення та самоконтролю захворювання запроваджено в практику

первинної медичної допомоги інформаційний лист для пацієнтів з ішемічною хворобою серця “Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров’я”. При апробації інформаційного листа отримано позитивну оцінку від військовослужбовців з ІХС, а саме: більшість респондентів (74%) отримали нову та корисну інформацію, яка зрозуміла для сприйняття (98%); 60 % опитаних відзначили зміну ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря з готовністю до більш активної участі у самоконтролі стану власного здоров’я та у процесі прийняття рішень щодо лікування (72 %). Слід зауважити, що 56 % респондентів планують запровадити запропоновані рекомендації у життя. Враховуючи позитивну оцінку респондентів при апробації інформаційного листа, він може бути впроваджений в практику військової первинної медичної допомоги для залучення військовослужбовців, хворих на ІХС, до партнерської участі в процесі лікування та більш активної участі у самоконтролі стану здоров’я.

Запропонована удосконалена функціонально-організаційна пацієнт-орієнтована модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями, позитивно оцінена експертами: впровадження пацієнт-орієнтованого підходу буде мати дуже сильний ($47,37 \pm 11,5$ %), сильний ($31,58 \pm 10,7$ %), значний ($15,79 \pm 8,4$ %) та помірний ($5,26 \pm 5,1$ %) вплив на організацію медичної допомоги військовослужбовцям в амбулаторно-поліклінічних умовах; залучення військовослужбовців до партнерської участі в процесі лікування буде мати дуже сильний ($68,42 \pm 10,7$ %), сильний ($21,05 \pm 9,4$ %), значний ($5,26 \pm 5,1$ %) та помірний ($5,26 \pm 5,1$ %) вплив на підвищення прихильності пацієнтів та ефективність лікування; позитивно вплине на покращення поінформованості військових лікарів щодо спільного прийняття рішення як складової пацієнт-орієнтованої медичної допомоги ($68,42 \pm 10,7$ %, $15,79 \pm 8,4$ %, $10,53 \pm 7,0$ % та $5,26 \pm 5,1$ % експертів відповідно) та досягнення цільових значень артеріального тиску, холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями ($68,41 \pm 10,7$ %, $15,79 \pm 8,4$ %, $10,53 \pm 7,0$ % та $5,26 \pm 5,1$ % експертів відповідно).

10,53 ± 7,0 % та 5,26 ± 5,1 % експертів відповідно). Економічна ефективність використання удосконаленої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями оцінена експертами, як: 68,41 ± 10,7 % дуже висока, 21,05 ± 9,4 % висока, 5,26 ± 5,1 % значна та 5,26 ± 5,1 % помірна.

Матеріали розділу 6 опубліковані в друкованих роботах [108, 109, 110, 111, 112, 139].

ВИСНОВКИ

У дисертації представлено нове вирішення важливої задачі військової медицини щодо удосконалення медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією на рівні первинної медичної допомоги, шляхом медико-соціального обґрунтування та запровадження удосконаленої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, розробленої з урахуванням сучасних медико-технологічних документів, які ґрунтуються на положеннях доказової медицини, та вимог стандартів НАТО, результатів наукових і, зокрема, власного досліджень.

1. Доведено вагомий внесок хвороб системи кровообігу, зокрема ІХС, в загальну структуру захворюваності, госпітальної захворюваності та причин втрати придатності до військової служби за медичними показами військовослужбовців ЗС України. Встановлено зростання захворюваності на ХСК з 48,95 % в 2016 році до 64,28 % в 2019 р. та деяким зниженням до 57,85 % в 2020 році з середнім темпом приросту +5,19 %. З 2016 по 2020 рр. визначено збільшення темпів приросту захворюваності на інфаркт міокарда: у військовослужбовців контрактної служби +64,9 % та офіцерського складу +27,5 %. В структурі причин дискваліфікації військовослужбовців за медичними показами ХСК займали в 2016-2019 рр. друге місце серед всіх класів хвороб, в 2020 р. – перше місце з середньозваженим показником $21,3 \pm 4,1$ %. Встановлено значне зростання питомої ваги ІХС в структурі ХСК, які стали причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців: цей показник збільшився з 5,8 % в 2016 р. до 11,4 % до 2020 р.

2. Визначено значну поширеність коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ІХС, які перенесли гострий ІМ: АГ ($60,2 \pm 5,4$ %), стенозуючий атеросклероз сонних артерій ($55,6 \pm 5,4$ %); ЦВХ ($37,3 \pm 5,3$ %), ожиріння ($36,1 \pm 5,3$ %), неалкогольна жирова хвороба печінки ($16,9 \pm 4,1$ %), хронічний гастродуоденіт ($21,7 \pm 4,5$ %), виразкова хвороба

($20,5 \pm 4,4 \%$), хронічний панкреатит ($19,3 \pm 4,3 \%$), хронічний холецистит ($18,1 \pm 4,2 \%$), ЦД II типу ($13,3 \pm 3,7 \%$). Встановлено, що у хворих на ІХС, які перенесли гострий ІМ, з коморбідним ЦД/порушенням толерантності до глюкози атеросклероз двох і більше судинних басейнів діагностовано у $88,2 \pm 7,8 \%$, а у пацієнтів без порушення вуглеводного обміну – у $66,2 \pm 5,9 \%$ ($p=0,02$), що достовірно більше – в 1,3 рази.

3. На підставі системного аналізу чинних керівних документів МО України, міжнародних та вітчизняних медико-технологічних документів встановлено низку недоліків організації медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС, з коморбідними станами на амбулаторному етапі: в Воєнно-медичній доктрині України не визначено роль пацієнт-орієнтованого підходу в організації надання медичної допомоги, що є необхідним для досягнення сумісності медичного забезпечення військ в Україні зі збройними силами держав – членів НАТО; в керівних документах МО не регламентовано визначення факторів ризику ССЗ призовникам (мобілізованим) на рівні територіальних центрів комплектування та підтримки; відсутня підготовка військових лікарів в форматі безперервного професійного розвитку щодо імплементації пацієнт-орієнтованого підходу у клінічну практику; не врегульовано питання щодо диференційованого надання медичної допомоги хворим на ІХС з коморбідними станами.

4. Результати дослідження засвідчили зацікавленість та готовність опитаних військовослужбовців із ІХС до впровадження принципів пацієнто-орієнтованої медичної допомоги: більшість військовослужбовців з ІХС – $87,7 \%$ готові до виконання заходів самоконтролю стану свого здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування. Разом з цим визначено низький рівень прихильності до медикаментозного лікування у $84,7 \%$ військовослужбовців, хворих на ІХС, низький рівень поінформованості ($79,2 \%$) та мотивації ($81,9 \%$) щодо необхідності лікування та недостатню прихильність до виконання рекомендацій лікаря щодо немедикаментозного

лікування. Встановлено високий рівень поширеності тютюнокуріння у військовослужбовців, хворих на ІХС – 86,1 %. При цьому більшість (56,5 %) перебувають на стадії перед-роздум зміни поведінки щодо тютюнокуріння.

5. Встановлено недостатню участь лікарів первинної медичної допомоги в спільному з пацієнтом ухваленні рішення і заохочення пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я: 46 % опитаних обговорює з пацієнтом обсяг, мету та варіанти заходів медичної допомоги і 54 % робить це не завжди; 70,0 % респондентів не враховує погляди і уподобання пацієнта при призначенні обстеження та лікування і 30 % це роблять «не завжди»; 70,0 % – не залучають пацієнтів до спільного прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги без нав'язування йому свого рішення і 30% це роблять іноді.

6. Обґрунтовано та розроблено удосконалену комплексну функціонально-організаційну пацієнт-орієнтовану модель надання первинної медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями. Інноваційність моделі забезпечено впровадженням сучасних підходів до організації лікування та вторинної профілактики ІХС серед військовослужбовців, у т. ч. міжсекторальної взаємодії, стандартизованого пацієнт-орієнтованого підходу в наданні медичних послуг, залученням військовослужбовців до спільного з лікарем прийняття рішення, а також включенням до неї якісно нових елементів з відповідними функціями, у т. ч. освітніх модулів та їх навчально-методичного забезпечення тощо.

7. Доведено позитивний результат впровадження елементів удосконаленої комплексної функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі надання первинної медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями: отримано позитивну оцінку від військовослужбовців з ІХС на запровадження інформаційного листа “Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я”: більшість респондентів

(74 %) отримали нову та корисну інформацію, яка зрозуміла для сприйняття (98 %); 60 % опитаних відзначили зміну ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря з готовністю до більш активної участі у самоконтролі стану власного здоров'я та у процесі прийняття рішень щодо лікування (72 %); за результатами проведеної фахової школи “Пацієнтоорієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)” пацієнт-орієнтований підхід для оптимізації медичної допомоги військовослужбовцям планують використовувати 92,9 % опитаних лікарів.

8. Запропонована удосконалена функціонально-організаційна пацієнт-орієнтована модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ІХС з коморбідними захворюваннями, позитивно оцінена експертами з позитивним впливом на: організацію медичної допомоги військовослужбовцям в амбулаторно-поліклінічних умовах; залучення військовослужбовців до партнерської участі в процесі лікування; покращення поінформованості військових лікарів щодо спільного прийняття рішення та досягнення цільових значень артеріального тиску, холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями. Економічна ефективність оцінена експертами, як: $68,4 \pm 10,7$ % дуже висока, $21,1 \pm 9,4$ % висока, $5,3 \pm 5,1$ % значна та $5,3 \pm 5,1$ % помірна.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Проведене дослідження створює можливості для підвищення ефективності лікувально-профілактичних заходів у військовослужбовців ЗС України, хворих на ІХС з коморбідною патологією, шляхом впровадження оптимізованої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги. Урахування його результатів, зарубіжного та вітчизняного досвіду щодо запровадження стандартизованих підходів надання медичної допомоги, які відповідають вимогам доказової медицини та стандартам НАТО, дає змогу запропонувати такі рекомендації:

На галузевому рівні:

- забезпечити впровадження стандартизованих підходів організації надання медичної допомоги щодо лікування та вторинної профілактики ІХС з коморбідною патологією у військовослужбовців, з урахуванням принципів та методології пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, відповідно до чинних МТД та з урахуванням вимог стандартів НАТО;
- при щорічних поглиблених медичних оглядах проводити медичне консультування, яке базується на ключових складових пацієнт-орієнтованого підходу, з урахуванням індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки;
- застосовувати підхід, що базується на систематичній оцінці серцево-судинного ризику та систематичному моніторингу ФР ССЗ для всіх військовослужбовців, незалежно від віку, під час щорічних медичних оглядів;
- вдосконалити підходи щодо моніторингу ФР ССЗ у військовослужбовців в процесі поглибленого медичного огляду, зокрема, проведення скринінгового визначення показників ліпідного обміну;
- запровадити підходи щодо залучення військовослужбовців до активної участі в спільному прийнятті клінічних рішень щодо обсягу медичних послуг та самоконтролю стану здоров'я шляхом підвищення

поінформованості щодо здорового способу життя та основних ФР ССЗ та відповідальності за контроль ФР ССЗ, участі у процесі виявлення та корекції ФР ССЗ, обізнаності щодо лікування ІХС з використанням інформаційного листа для пацієнта з ішемічною хворобою серця “Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров’я”;

– забезпечити можливість підвищення обізнаності військових лікарів та слухачів УВМА щодо основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу, навичок комунікації, клінічної емпатії та визначення індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки зокрема, шляхом проведення фахової школи та включення відповідних питань до навчальної програми слухачів академії;

– забезпечити вивчення задоволеності військовослужбовців з ІХС отриманою медичною допомогою;

– запровадити моніторинг та оцінку якості надання пацієнт-орієнтованої медичної допомоги відповідно до чинних МТД;

– застосовувати результати дослідження у науковій, навчально-методичній та інформаційно-просвітницькій роботі УВМА.

На індивідуальному рівні:

– застосовувати індивідуалізовані лікувально-профілактичні програми у пацієнтів з ІХС та коморбідними захворюваннями з урахуванням диференційованого підходу, а саме:

- з позиції цілісного, пацієнт-орієнтованого підходу, враховувати всі хронічні захворювання, які є у пацієнта, та надавати пріоритети та переваги в збереженні здоров’я;

- пріоритет слід віддавати лікуванню, яке спрямоване одночасно на кілька клінічних станів.

- послідовність призначення медикаментозних препаратів, можливість зменшення або припинення прийому певного препарату треба розглядами при спільному прийнятті рішення з врахуванням очікуваної користі та потенційної шкоди, що пов’язані із початком або зміною терапії.

За потреби лікар загальної практики повинен звернутися за допомогою до інших відповідних експертів.

- відмінити препарати або зменшити їх дози, якщо вони не мають пріоритетного значення в досягненні результатів лікування та очікуваного прогнозу.
- для полегшення координації медичної допомоги між лікарями різних профілів та лікарем загальної практики, повинна бути впроваджена єдина система електронних медичних записів.
- застосувати холістичний підхід до розуміння пацієнта з коморбідністю: врахування його медичних проблем, ментальних проблем та емоціонального стану, функціональних спроможностей та обмежень, соціального середовища.
- спільне прийняття рішення з пацієнтом щодо лікування, вибраного серед медично обґрунтованих варіантів, яке є найбільш важливішим для пацієнта та узгоджується з цілями, пріоритетами та перевагами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз деяких напрямків наукових досліджень з питань організації медичного забезпечення Збройних сил України / Власенко О. М., Галушка А. М., Булах О. Ю., Стриженко В. І. *Сучасні аспекти військової медицини*: збірник наукових праць НВМКЦ «ГВКГ». Київ, 2016. Вип. 23. С. 3–12.
2. Аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу у військовослужбовців Збройних Сил України на сучасному етапі / Ткачук І. М., Мороз Г. З., Ткаленко О. М., Єпішев Ю. П. *Проблеми військової охорони здоров'я*: збірник наукових праць Укр. військ.-мед. академії. 2019. Вип. 52. С. 283-292. URL: https://uvma.mil.gov.ua/files/zbirnyk_nauk_prac.pdf
3. Аналіз поширеності коморбідної патології у військовослужбовців з ішемічною хворобою серця, які перенесли гострий інфаркт міокарда / Соколюк А. К. та ін. *Art of Medicine*. 2022. № 3 (23) С. 111-116. DOI: 10.21802/artm.2022.3.23.111
4. Аналіз проблемних питань існуючої системи підготовки кадрів для первинної ланки охорони здоров'я / Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Медведовська Н. В., Краснов В. В. *Сімейна медицина*. 2014. № 3 (53). С. 35–41. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/simmed_2014_3_12.pdf
5. Аналіз роботи військово-лікарських комісій в особливий період / Шевчук Р. В., Ганоль М. В., Шимко В. А., Кіріс О. П. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти*: збірник наукових праць / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В. І. та Сердюка А. М. Київ: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. С. 156–168. URL: <http://www.health.gov.ua/www.nsf/16a436f1b0cca21ec22571b300253d46/15c140>

dd326495adc225810c00676a4d/\$FILE/_i0nm0bp85sg2ue1f00nggbp85ss2uu1f50n
rgbp85tk2uq1fv_.pdf

6. Бадюк М. І. Організація медичного забезпечення військ: підруч. для студ. вищ. мед. (фармац.) навч. закл. України / М. І. Бадюк, В. В. Солярик, В. П. Токарчук; за ред. М. І. Бадюка. Київ: «МП Леся», 2014. 492 с.

7. Бадюк М. І., Микита О. О., Губар А. М. Обґрунтування моделі стандартизації медичного забезпечення Збройних Сил України та оцінка її ефективності *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. 2016. № 7. Р. 37–46. URL:https://eesa-journal.com/wp-content/uploads/2017/01/EESJ_7_1.pdf

8. Белікова І. В. Захворюваність населення як об'єкт статистичного дослідження. *Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія* / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава, 2020. С. 6-14. URL: <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/bitstream/lib/2268/1/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B0%D1%82%D1%8C.pdf>

9. Бібік Т. А., Мороз Г. З., Ткачук І. М. Серцево-судинна патологія і фактори ризику у військовослужбовців: сучасний стан проблеми. *Удосконалення та впровадження системи профілактики серцево-судинних захворювань у військовослужбовців на засадах доказової медицини*. Київ: Крок, 2008. С. 87–93.

10. Білий В.Я., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Воєнно-медична доктрина України як основа медичної складової національної безпеки держави. *Наука і оборона*. 2018. № 4. С. 8-14. DOI: <https://doi.org/10.33099/2618-1614-2018-5-4-08-14>

11. Вивчення динаміки та структури захворюваності на хвороби органів системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України / Чорна Л. М., Карпенко О. І., Савицький В. Л., Устінова Л. А. *Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць Укр. військ.-мед.*

академії. Київ, 2015. Вип 43. С. 118–126. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=prvozd_2015_43_16)

[bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=prvozd_2015_43_16](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=prvozd_2015_43_16)

12. Вивчення особливостей структури хвороб системи кровообігу, травм і бойових поранень грудної клітки під час воєнного стану/ Лазоришинець В. В., Руденко М. Л., Сіромаха С. О., Андрущенко Т. А. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2023. Т. 8. № 1 (41) С. 241-245. DOI: 10.26693/jmbs08.01.241

13. Вивчення структури, динаміки госпіталізації військовослужбовців Збройних Сил України в 2006–2013 рр. / Якимець В. М. та ін. *Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць Укр. військ.-мед. академії*. Київ, 2016. Вип. 45 (1). С. 131–139 URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=prvozd_2016_45%281%29__)

[bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=prvozd_2016_45%281%29__](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=prvozd_2016_45%281%29__)

14. Визначення факторів ризику, пов'язаних з виникненням ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після кардіоінтервенційного лікування / Голованова І. А., Оксак Г. А., Хорош М. В., Товстяк М. М. *Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія* / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. С. 214–222. URL: <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/bitstream/lib/2268/1/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B0%D1%82%D1%8C.pdf>

15. Войнаровська Г. П., Асанов Е. О. Ішемічна хвороба серця та хронічне обструктивне захворювання легень: актуальна проблема коморбідності у внутрішній медицині. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical*

Science». 2020. № 3 (36) С. 20-24. URL: <https://media.neliti.com/media/publications/313670-ischemic-heart-disease-and-chronic-obstr-42ae9685.pdf>

16. Воронко А. А., Селюк О. В., Богомолець О. В. Коморбідні внутрішні захворювання у військовослужбовців, які зазнали впливу екстремальних факторів військової служби. *Проблеми радіаційної медицини та рідіобіології*. 2021. Вип. 26. С. 339-356. Doi: 10.33145/2304q8336q2021q26q339q356.

17. Галушка А. М., Сидорова Н. М. Математична модель моделювання ризику розвитку вторинної патології серцево-судинної системи у постраждалих з бойовою травмою. *Військова медицина України*. 2018. №1. С. 19-28. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/3>

18. Глобальна обсерваторія охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

19. Гострий інфаркт міокарда в осіб молодого віку: особливості патогенезу, перебігу хвороби і обґрунтування стратегії запобігання ускладненням / Parkhomenko O. M. et al. *Ukrainian Journal of Cardiology*. 2019. Vol. 26 (4). P. 32-43. URL: <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2019.4.3243>

20. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

21. Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2020. 88 р. URL: <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-11/WHO-EURO-2020-1468-41218-56061-ukr.pdf>

22. ДСТУ 3008-95 (ISO 5966:1982). Документація. Звіти у сфері науки і техніки. Структура і правила оформлення. [Чинний від 1996-01-01]. Київ: Держстандарт України, 1995. 35 с. (Національні стандарти України).

23. ДСТУ 8302:2015. Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання. [Чинний від 01.07.2016]. Видання офіційне. Київ: ДП «УкрНДНЦ», 2017. 16 с.
24. Дуднік С. В., Кошеля І. І. Тенденції стану здоров'я населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 67–77. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4_12.
25. Дячук Д. Д., Мороз Г. З., Гідзінська І. М. Профілактика серцево-судинних захворювань: теоретичні засади та практичне впровадження. Київ, 2019. 178 с. URL: <http://cp-medical.com/downloads/monograph1.pdf>
26. Епідемія НІЗ в Україні та стратегія подолання / Грузєва Т. С. та ін. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2016. № 1. (26). С. 70–71.
27. Жарінова В. Ю., Войнаровська Г. П., Шаповаленко І. С. Частота основних факторів кардіоваскулярного ризику та наявність коморбідності у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця похилого та старечого віку. *Ліки України*. 2021 № 7 (253). С. 37–40. URL: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7\(253\).245675](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7(253).245675)
28. Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Єдиний медичний простір та військова медицина: монографія. Київ: «Видавництво Людмила». 2018. 336 с.
29. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу та удосконалення організації медичної допомоги на сучасному етапі (огляд літератури) / Дячук Д. Д., Мороз Г. З., Гідзінська І. М., Кравченко А. М. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 1 (23), 67-77. URL: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(23\).2023.10](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(23).2023.10)
30. Захворюваність та поширеність серцево-судинних захворювань в Україні: тенденції та прогнози до 2025 року / Теренда Н. та ін. *Georgian Medical News*. 2018 № 9 (282). С. 79-82 URL: https://geomednews.com/s/480918712df344a4a77508d4cd7815ab/files/uploaded/V282_N9_September_2018.pdf?Expires=1651816093&Signature=kxYigjmd54M

S8CCJY3sIJOSqbvSwh1-

oz5rYqIfMPB111BV8PQhpoJbLz1O9qB5o7lnej8vpbbL6gcNcbLvzipe36JNfKN8
 AGmzOMp~AZLm9QJQGemuCIEo2vxabyaj1184R73pYUyE2U0Y4rr6EsmdtT9
 1lhFZPd8OFocCNRY1Ka9BIVg56wHR19CcVgXJEWrpR00cXSTzn6V9FZZDPh
 ndnm6FCurxwn2kmNOLZVqUs4dxIFH40ShgMnSkql08ZsgDPYsBPbF6QLvtiE
 T42C8n-
 YwlnLRMaEYJ4bi3Fo7dUXajQvkVa2ASAnaJD9FMFWf1zASmKAh6koL~yMS
 53Rg__&Key-Pair-Id=K2NXBXLf010TJW

31. Іванчук М. А., Іванчук П. Р. Використання методу Монте-Карло для марковських ланцюгів для прогнозування поширеності ішемічної хвороби серця в Україні. *Медицина інформатика та інженерія*. 2017. № 4. С. 77-81 DOI: <http://dx.doi.org/10.11603/mie.1996-1960.2017.4.8466>

32. Іванюк А. В., Орлова Н. М. Ішемічна хвороба серця у населення працездатного віку Київської області: статистичний аналіз сучасної епідеміологічної ситуації. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2020. № 4. Т. 24. С. 694-699. DOI: [10.31393/reports-vnmedical-2020-24\(4\)-24](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-24)

33. Інфаркт міокарда у чоловіків молодого віку, особливості клінічного перебігу та стан еректильної функції / Макуха Ю. М., Кравченко А. М., Андреев Є. В., Алексеєнко О. О. *Клін. та профілакт. медицина*. 2021. № (2). С. 17-24. DOI: [10.31612/2616-4868.2\(16\).2021.02](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(16).2021.02)

34. Ішемічна хвороба серця та коморбідні захворювання у військовослужбовців (за матеріалами військово-лікарської комісії) / Мороз Г. З., Огороднійчук І. В., Бичкова С. А., Романенко В. С. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (4). С. 86-92. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-086](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-086)

35. Качур О. Ю. Задачі системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1 (67). С. 37-41. DOI [10.24144/2077-6594.1.1.2022.254634](https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.1.2022.254634)

36. Кияк Ю. Г., Галькевич М. П., Лабінська О. Є. Вплив факторів ризику ішемічної хвороби серця на розвиток гострого коронарного синдрому. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. № 4. Т. 1 (153). С. 94-97. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-4-1-153-94-97

37. Комплексна оцінка проблеми тютюнокуріння у військовослужбовців на сучасному етапі / Мороз Г.З., Ткачук І. М., Міхріна М. І. *Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України: матеріали VII Міжнародного медичного конгресу, 25–27 квітня 2018 р. Київ: ВЦ «КиївЕкспоПлаза», 2018. С. 109. URL: <http://www.hcm.in.ua/wp-content/uploads/tezisy-mijnarodnyi-medychnyi-forum-IMF-2018.pdf>*

38. Коморбідні захворювання у військовослужбовців – учасників сучасних збройних конфліктів / Воронко А. А., Селюк О. В., Ткаленко О. М., Воронко О. А. *Сімейна медицина*. 2021. № 5-6 (97-98). С. 42-47. DOI: 10.30841/2307-5112.5-6.2021.253005

39. Комплаєнс до лікування хворих з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця в амбулаторних умовах / Пасечко Н. В. та ін. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2019. № 1. С. 112-116. DOI 10.11603/1811-2471.2019.v0.i1.10059

40. Комплексна оцінка поширеності коморбідної патології у військовослужбовців - учасників антитерористичної операції, хворих на артеріальну гіпертензію, в амбулаторно-поліклінічній практиці / Ткачук І. М., Мороз Г. З., Буженко А. І. *Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць Укр. військ.-мед. академії*. 2016. Вип. 45 (1). С. 281-290. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz_d_2016_45%281%29_38

41. Комплексний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу протягом 2016-2020 років / Ткачук І. М., Соколюк А. К., Та Чан Туан Лін, Латищенко С. В. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т 3. № 1. С. 19–25. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-019](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-019)

42. Корж О. М. Ведення хворих на цукровий діабет 2 типу із супутньою серцево-судинною патологією. *Медична газета “Здоров’я України 21 сторіччя”*. 2020. № 4 (473). URL: <https://health-ua.com/article/46471-vedennya-hvorih-na-tcd-2-tipu--z-suputnoyu--sertcevosudinnoyu-patologiyu>
43. Кошеля І. І. Епідеміологія інфаркту міокарда в Україні. *Україна. Здоров’я нації*. 2020. № 3/1 (61). DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213696
44. Кошеля І. І., Скрип В. В. Епідеміологія ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда в Закарпатській області. *Україна. Здоров’я нації*. 2019. № 3 (56). С. 51-54. DOI: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.3.2019.191633>
45. Кращі практики управління медичним закладом / Бойко А. та ін.. Посібник/Проект USAID “Підтримка реформи охорони здоров’я”. Київ, 2021. 136 с. URL: https://xn---5-6kci2amhfu6w.xn--d1apij.xn--j1amh/wp-content/uploads/2021/12/manual-best-practices_web_compressed.pdf
46. Куц Т. В., Ткачук І. М., Соколюк А. К. Сучасні підходи до профілактики серцево-судинних захворювань: роль військового лікаря загальної практики. *Український журнал військової медицини*. 2021. № 3. Додаток. 2. С. 41. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/20/78>
47. Куц Т. В., Мороз Г.З. Поширеність коморбідної патології у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця. *Український журнал військової медицини*. 2020. Т. 1. № 4. С. 29-34. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.4\(1\)-029](https://doi.org/10.46847/ujmm.2020.4(1)-029)
48. Лехан В. М., Крячкова Л. В. Система заходів поліпшення здоров’я населення України на основі аналізу глобального тягара хвороб та факторів його ризику. *Медичні перспективи*. 2019. № 24(3). С. 113–122. URL: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.3.181893>
49. Лоскутов О. А, Марков Ю. І., Поліщук В. О. Інфаркт міокарда в молодих осіб *Медицина невідкладних станів*.2020. № 3. Т. 16. С. 32-36. DOI: 10.22141/2224-0586.16.3.2020.203163

50. Майданюк В. П., Завроцький О. І. Роль і значення системи військової охорони здоров'я в збройних силах України. *Сучасні аспекти військової медицини*: збірник наукових праць НВМКЦ «ГВКГ». К., 2014. Вип. 21. С. 49–57. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=JRN&P21DBN=JRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=njuu_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21COLORTERMS=0&S21P03=I=&S21STR=%D0%9671637/2014 \$

51. Макуха Ю. М. Клінічні особливості та удосконалення підходів до лікування хворих на інфаркт міокарда у молодому віці. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2021. 193 с. URL: <https://clinic.gov.ua/wp-content/uploads/Makuha.pdf>

52. Макуха Ю. М., Кравченко А. М., Андрєєв Є. В. Огляд основних факторів ризику інфаркту міокарда в молодому віці. *Кардиологія: от науки к практике*. 2019. № 1. С. 75-82.

53. Марков Ю. І. Поширеність і проблеми коморбідних (поліморбідних) станів в анестезіології: огляд літератури. *Медицина невідкладних станів*. 2019. № 8 (103). С. 25-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.22141/2224-0586.8.103.2019.192367>

54. Медведовська Н. В., Квач М. Д. Аналіз динаміки смертності чоловіків в аспекті демографічних втрат населення України. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3. Т. 1. С. 26-33. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-026](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-026),

55. Медико-демографічна ситуація як глобальна проблема громадського здоров'я України / Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Кошеля І. І., Дудник С.В. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*

України. 2019. №3 (81). С.62-72. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10594>

56. Медико-соціальні аспекти проблеми неінфекційних захворювань у дзеркалі світової, європейської та національної статистики / Грузева Т. С. та ін. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2016. №1 (26). С. 15–22.

57. Методологія експертного оцінювання: конспект лекцій / уклад.: В. П. Новосад, Р. Г. Селіверстов. Київ: НАДУ, 2008. 48 с.

58. Моніторинг проблем, пов'язаних з неінфекційними захворюваннями, як основа профілактичних стратегій та програм дій / Грузева Т. С. та ін. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік*. Київ, 2017. С. 492–502. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/20687>

59. Мороз Г. З., Воронко А. А., Тинчук І. О. Лікування ішемічної хвороби серця у військовослужбовців; сучасний стан проблеми. *Сучасні аспекти військової медицини: збірник наукових праць Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України*. Київ, 2015. Випуск 22., ч. II. С. 46–53.

60. Мороз Г. З., Гідзинська І. М., Ласиця Т. С. Самооцінка пацієнтами та лікарями виконання вимог здорового способу життя й готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань. *Клінічна та профілактична медицина*, 2019. № 1 (7) С. 4-11. DOI:10.31612/2616-4868.1(7).2019.01

61. Мороз Г. З., Ткачук І. М. Запровадження способу оцінки стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі поведінки. *Проблеми харчування*. 2017. № 2. С. 24–28. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pkh_2017_2_5

62. Мостепан Т. В., Горачук В. В. Поширеність факторів ризику у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. *Український медичний часопис*. 2022. № 6 (152). С. 1-3. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.152.236222

63. Мультифокальний атеросклероз у практиці сімейного лікаря : сучасний погляд на проблему та результати власних спостережень. / Тихонова С.А. та ін. *Сімейна медицина*. № 2 (64). 2016. С. 20-24. URL: <https://family-medicine.com.ua/2412-8708/article/view/101724/96967>

64. Населення України. Демографічний вимір якості життя: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2019. 396 с. URL: https://idss.org.ua/arhiv/monografia_2020_.pdf

65. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр. : кол. моногр. / за ред. О. М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи. Київ, 2020. 174 с. URL: <https://idss.org.ua/arhiv/population.pdf>

66. Науменко Г. Модель спільного прийняття рішення в медичній практиці. *Нейронews*. 2019. № 1. С. 52-56. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/1/pages-52-57/model-spilnogo-priynyattya-rishennya-v-medichniy-praktici#gsc.tab=0>

67. Науменко Г. Модель спільного прийняття рішення в медичній практиці. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2018. Вип. 3. № 4. e0304173. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/173>.

68. Обґрунтування основних вимог до системи медичного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах / Верба А. В., Галушка А. М., Булах О. Ю., Стриженко В. І. *Військова медицина України*. 2016. Т. 16. № 3. С. 5–13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vmuk_2016_16_3_3

69. Огороднійчук І. В., Хижняк М. І., Нарожнов В. В. Обсяги госпіталізації серед військовослужбовців Збройних Сил України за 2001-2005 роки. *Сучасні аспекти військової медицини: збірник наукових праць ГВКГ МО України*. Київ, 2007. Вип. 12. С. 34–38.

70. Оцінка факторів ризику та профілактика гострих форм ішемічної хвороби серця у осіб без дисліпідемії в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.38 / В. В. Ватага;

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2018. 20 с.

71. Пархоменко А. Н., Лутай Я. М., Даншан Н. Украинский регистр острого инфаркта миокарда как фрагмент Европейского: характеристика больных, организация медицинской помощи и госпитальная терапия. *Український медичний часопис*. 2011. № 1. С. 20-24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2011_1_9

72. Пархоменко О. М. Відповідальність за адекватну терапію: способи покращення прихильності до лікування хворих високого серцево-судинного ризику *Здоров'я України*. 2021. № 20. С 37-39. URL: <https://health-ua.com/article/68119-vdpovdalnst-za-adekvatnu-terapyu-sposobi-pokrashennya-prihilst--do-lkuvan>

73. Пат. 11 49 60 U Україна, МПК (2017.01) A61B5/00, A61B 10/10, G01 N33/50. Спосіб діагностики індивідуальної стадії готовності пацієнта до змін окремих складових моделі нездорової поведінки / автори Мороз Г.З., Гідзинська І.М., Ткачук І.М. – № u2016 10547; заявл. 18.10.2016; опубл. 27.03.2017, Бюл. № 6. URL: <https://uapatents.com/6-114960-sposib-diagnostiki-individualno-stadi-gotovnosti-paciehnta-do-zmin-okremikh-skladovikh-modeli-nezdorovo-povedinki.html>

74. Пациент-ориентированный поход как ключевой элемент качества работы врачей общей практики / Куц Т. В., Мороз Г.З., Ткачук И. М., Соколюк А. К. *The second Karabakh war as a new generation warfare. The proceedings of the international scientific-practical conference dedicated to the anniversary of the victory achieved in the 44 day patriotic war*. Baku, Azerbaijan. October 21–22, 2021. P 370.

75. Пацієнт зі стабільною ішемічною хворобою серця в Україні та Європі: результати 5-річного реєстру CLARIFY / Лутай М. І. та ін. *Український кардіологічний журнал*. 2018. Vol. 25(4). P. 19-30. URL: <https://doi.org/10.31928/1608-635X-2018.4.1930>.

76. Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020–2021 р.: серія аналітичних записок. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2023. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7087-46853-68305>

77. Порушення доступу до лікарських засобів та медичних виробів в Україні, лютий-червень 2022 року. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2023. 33 р. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/WHO-EURO-2022-6873-46639-67795>

78. Порядок надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ № 504 від 19.03.2018 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18?find=1&text=%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B9#Text>

79. Потабашній В., Князева О., Маркова О. Проблеми діагностики та лікування хронічної ішемічної хвороби серця в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень за даними ретроспективного аналізу. *Медичні перспективи*. 2021. № 26 (2). С. 72-79 DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234517>

80. Поширеність у військовослужбовців чинників ризику, пов'язаних зі способом життя / Мороз Г. З., Ткачук І. М., Коваль С. Б., Ушко В. В. *Сучасні аспекти військової медицини*: зб. наук. пр. Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України. Київ, 2013. Вип. 20. С. 50–58.

81. Прихильність до лікування військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця / Куц Т. В. та ін. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (2). С. 129-136. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-129](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-129).

82. Прихильність до лікування хворих на ішемічну хворобу серця як дієвий фактор профілактики / Трибрат Т. А., Шуть С. В., Сакевич В. Д.,

Гончарова О. О. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип.1. Т. 1 (148). С.185–188. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-185-188

83. Про затвердження Вимог до оформлення дисертації: наказ Міністерства освіти і науки України від 12.01.2017 № 40. Дата оновлення 31.05.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0155-17#Text>.

84. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Указ Президента України від 31 жовтня 2018 р. №910 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>

85. Про затвердження Інструкції з диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України на мирний час”: наказ Начальника Генерального штабу – Головнокомандувача ЗС України № 391 від 04.11.2017

86. Про затвердження Методики диспансерного динамічного нагляду при основних захворюваннях та аналізу диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України: наказ Директора департаменту охорони здоров’я МО України № 113 від 12.12.2006

87. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку: розпорядження Кабінету міністрів України № 530-р від 26 липня 2018 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#Text>

88. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України: наказ Міністра оборони України № 402 від 14.08.2008 (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text>

89. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Стабільна ішемічна хвороба серця”: наказ МОЗ № 2857 від 23.12.2021. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/12/2021_2857_ukpmd_stabihs.pdf

90. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 серпня 2021 року “Про Стратегічний оборонний бюлетень України”: Указ президента України від 17 вересня 2021 року № 743 URL: <https://www.president.gov.ua/documents/4732021-40121>

91. Професійна надійність військовослужбовців в умовах переходу на контрактний принцип комплектування Збройних Сил України / Бібик Т. А., Ткачук І. М., Устименко О. В., Устименко В. В. *Проблеми військової охорони здоров'я*: зб. наук. пр. Київ: УВМА, 2011. Вип. 30. С. 22–29.

92. Профіль сердечно-сосудистого ризику у чоловіків, проживаючих в місті: 35-річна динаміка / Кваша Е. А., Смирнова І. П., Горбась І. М., Срибная О. В. *Український кардіологічний журнал*. 2016. №6. С. 90-96.

93. Рекомендації ESC з діагностики та ведення пацієнтів з хронічними коронарними синдромами 2019 *European Heart Journal* (2019) 00, 1-71. doi:10.1093/eurheartj/ehz425 URL: <https://practice.ucardioj.com.ua/wp-content/uploads/2020/04/ESC-Recom.pdf>

94. Рингач Н., Дакал А. Перешкода сталому розвитку, або скільки коштує Україні передчасна смертність / *National Health as Determinant of Sustainable Development of Society*. Ed.: N. Dubrovina, S. Filip. Monograph. School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava, 2021, P. 777-788. URL: https://www.researchgate.net/profile/Vasyl-Gorbachuk/publication/350771949_Economic_issues_of_providing_health_care_in_the_information_era/links/6070bd754585150fe9980320/Economic-issues-of-providing-health-care-in-the-information-era.pdf#page=778

95. Рудень В. В. Апофегма про смертність населення з причини хвороб системи кровообігу у контексті місця проживання померлих - як апорія в суспільному житті України. *Буковинський медичний вісник*. 2021. № 4. С. 86-94. URL: <http://e-bmv.bsmu.edu.ua/article/view/252775>

96. Рудень В. В., Барна В. А., Кудря А. В. Про тенденції у розвитку неінфекційних хвороб серед населення незалежної України та їх вікова

характеристика. *Acta medica Leopoliensia*. 2019. Т. 25, № 2-3. С. 82-90. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Lmch_2019_25_2-3_14.

97. Рудень В. В., Ковальська І. М. Аналіз і прогноз показників смертності з причини гострого інфаркту міокарда [І. 21] серед населення в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1. С. 131-139. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2019_1_21

98. Серцево-судинні захворювання – головна причина смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягара хвороб у 2019 році. URL: <https://phc.org.ua/news/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-golovna-prichina-smerti-ukrainciv-visnovki-z-doslidzhennya>.

99. Сидорова Н. М. Вторинна патологія серцево-судинної системи у військовослужбовців з бойовою травмою – сучасний погляд на проблему. *Військова медицина України*. 2018. №1. С. 43-53 http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=vmuk_2018_18_1_9

100. Система охорони здоров'я в Україні: виклики сьогодення / Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О. *Полтавський державний медичний університет*. 2022. С. 5-6. URL: http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/18848/1/Zhdan_Sistema_ohoroni_zdorovya.pdf

101. Сіренко Ю. М. Стан проблеми серцево-судинної захворюваності та смертності в Україні. *Ліки України*. 2022. № 2 (258). С. 11–14. URL: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.2\(258\).264084](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2022.2(258).264084)

102. Сіренко Ю. М., Рековець О. Л. Прихильність до терапії у хворих високого серцево-судинного ризику в Україні: пацієнт-орієнтовані причини і можливості її поліпшення *Артеріальна гіпертензія*. 2023. № 1-2. Т.16. С. 11-26. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-1485.16.1-2.2023.345>

103. Скрипник І. М, Маслова Г. С., Щербак О. В. Неалкогольний стеатогепатит як фактор ризику розвитку та прогресування ішемічної хвороби серця. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2021. № 4 (497). С. 58-59. URL: <https://health-ua.com/multimedia/6/4/0/5/8/1616502956.pdf>

104. Скубченко Є. Є., Рева В.С. Первинна та вторинна профілактика ішемічної хвороби серця. *Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія* / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава, 2020. С. 257-263. URL: <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/bitstream/lib/2268/1/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B0%D1%82%D1%8C.pdf>

105. Слабкий Г. О., Кошеля І. І. Смертність населення України внаслідок хвороб системи кровообігу. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 4 (70) С. 5-10. DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277015

106. Смертність в Україні 2018-2020. URL: <https://socialdata.org.ua/projects/mortality/>

107. Соколюк А. К. Основні елементи пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з комор бідною патологією Науково-практична конференція молодих вчених Української військово-медичної академії «Актуальні аспекти військової охорони здоров'я – наукові досягнення молоді» 18-19 травня 2023 року: Тези доповідей Ч.ІІ. К: УВМА, 2023 С. 148-151.

108. Соколюк А. К., Мороз Г. З., Ткачук І. М. Використання навчальних тренінгів та впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги в роботу військових лікарів загальної практики-сімейної медицини. Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі: наук.-метод. міжуніверситет. конф. з міжнар. участю. Одеса, 18–20 січня 2023 року: матеріали конф. / за ред. д. мед. н., проф. В. Г. Марічереда. [Електронне видання]. Одеса: ОНМедУ, 2023.С. 376-378.

109. Соколюк А. К., Ткаленко О. М., Ткачук І. М. Наукове обґрунтування пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця. *Український журнал військової медицини*. 2023. № 1. Т.4. С. 127-139. DOI: 10.46847/ujmm.2023.1(4)-127

110. Соколюк А. К., Ткаленко О. М., Ткачук І. М. Удосконалення підготовки військових лікарів з питань пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Сучасні тенденції та перспективи розвитку вищої медичної (фармацевтичної) освіти в Україні: матеріали XX Всеукраїнської науково-практичної конференції в онлайн-режимі за допомогою платформи Microsoft Teams (Тернопіль, 18-19 травня 2023 року)/Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль, 2023. С. 192-193.

111. Соколюк А. К., Ткачук І. М., Безклинська. О. З. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу на амбулаторному етапі в умовах воєнного часу. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (3). Додаток. С. 75-76. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/25>

112. Соколюк, А. К., Ткачук, І. М., Ткаленко, О. М. Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (3). С.132-140. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-132](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-132)

113. Соколюк. А. К., Ткачук І. М. Поширеність коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли інфаркт міокарда. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 22. Т. 4. С. 112. URL: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/download/238/208>

114. Соловйова Г. А. Неалкогольна жирова хвороба печінки: лікування, засноване на патогенезі. *Здоров'я України. Тематичний номер*

- «*Діабетологія, Тиреоїдологія, Метаболічні розлади*». 2020. № 3(51). С. 21.
URL: <https://health-ua.com/multimedia/6/1/2/8/1/1607003068.pdf>
115. Стабільна ішемічна хвороба серця. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2021. 148 р. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/12/2021_10_26_kn_stabilna-ihh.pdf
116. Стан здоров'я народу України в умовах війни / Манойленко Т.С та ін. Під редакцією: Коваленка В. М., Корнацького В. М. Київ, 2022. 220 с.
URL: <https://cardiohub.org.ua/wp-content/uploads/2022/12/book-2022-07062022-color.pdf>
117. Стан здоров'я народу України. Нові загрози та виклики / під ред. Коваленка В. М., Корнацького В. М. К.: Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска», 2020. 198 с.
118. Стан здоров'я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров'я України / Нагорна А.М. та ін. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 1 (63) С. 5-22. DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2021.227145
119. Стандартизація медичного забезпечення у збройних силах держав-членів НАТО / Лівінський В. Г., Жаховський В. О., Швець А. В., Іванько О. М. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (2). С. 5-18. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-005)
120. Стандартизація медичної допомоги в системі охорони здоров'я України / Лівінський В. Г., Жаховський В. О., Швець А. В., Іванько О. М. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (4). С. 26-40. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-026](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-026)
121. Сухов Ю. Захворюваність і смертність під час воєн і збройних конфліктів: тенденції та закономірності. *Інфузія & Хіміотерапія*. 2022. № 4. С. 14-19. URL: <https://doi.org/10.32902/2663-0338-2022-4-14-19>

122. Сучасні аспекти залучення пацієнтів до спільного ухвалення рішень та партнерської участі в процесі лікування (огляд літератури) / Мороз Г. З., Голованова І. А., Бичкова С. А., Дзизінська О. О. *Клінічна та профілактична медицина*. № 2 (94). С. 89-98. DOI:10.31612/2616-4868.2(24).2023.13

123. Сучасні тенденції лікування хворих інфарктом міокарда та динаміка смертності від данної патології в м. Ужгород / Іваньо Н. В., Росул М. М., Кошмякова Т. В., Корабельщикова М. О. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. № 2 (59). С. 174. DOI 10.24144/2077-6594.2.2020.201467

124. Теренда Н. О. Основні тенденції та прогностні оцінки загальної та первинної захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 3 (69) С. 31-35. DOI: 10.11603/1681-2786.2016.3.7007

125. Теренда Н. О. Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2015. № 4 (62). С. 31-35. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/3518>

126. Теренда Н. О. Смертність від серцево-судинних захворювань як державна проблема. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 4. С. 11–13. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2015.4.5623>

127. Теренда Н. О. Тенденції та прогноз поширеності стенокардії та інфаркту міокарда в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2015. № 3 (65). С. 35–40. DOI: 10.11603/1681-2786.2015.3.5763

128. Ткачук І. М. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації функціонально-організаційної моделі профілактики серцево-судинних захворювань у військовослужбовців Збройних Сил України. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – «Соціальна медицина». Київ, 2019. URL:

<https://nmuofficial.com/nauka/rady/spetsializovani-rady/arhiv/spetsializovana-vchena-rada-d-26-003-01/>

129. Ткачук І. М. Особливості клінічного перебігу артеріальної гіпертензії у військовослужбовців - учасників антитерористичної операції. *Військова медицина України*. 2017. Т. 17, № 3-4. С. 48-55. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vmuk_2017_17_3-4_10.

130. Ткачук І. М. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції. *Вісник наукових досліджень*. 2018. № 1 (90). С. 64–66. URL; http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Savm_2013_20_9

131. Ткачук І. М. Сучасний стан проблеми надмірної маси тіла та ожиріння у військовослужбовців. *Україна. Здоров'я нації: матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах первинної медико-санітарної допомоги»*, Ужгород, 18-19 квітня 2018 р. 2018. № 2 (49). С. 96. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/39255/1/2.pdf>

132. Ткачук І. М. Хвороби системи кровообігу у військовослужбовців Збройних Сил України: вплив на придатність до військової служби. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2017. № 4. С. 18–22. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2017.4.8648>

133. Ткачук І. М., Мороз Г. З., Буженко А. І. Комплексна оцінка поширеності коморбідної патології у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції, хворих на артеріальну гіпертензію, в амбулаторно-поліклінічній практиці. *Військова медицина України*. 2016. № 2. С. 54–60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vmuk_2016_16_2_9

134. Ткачук І. М., Партасюк Н. Ю. Медико-соціальні аспекти виконання вимог здорового способу життя та частота виявлення тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців з артеріальною гіпертензією.

Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. пр. Київ: УВМА, 2010. Вип. 27. С. 160–169. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz_d_2010_27_20.

135. Ткачук І. М., Соколюк А. К. Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. *Український журнал військової медицини*. 2022 № 3 (4). С. 100–108. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-100](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-100)

136. Ткачук. І. М. Наукове обґрунтування комплексної функціонально-організаційної моделі профілактичних заходів щодо хвороб системи кровообігу у військовослужбовців на рівні первинної медичної допомоги. *Проблеми військової охорони здоров'я*: зб. наук. пр. Української військ.-мед. академії. Київ, 2017. № 49. Т. 2. С. 10–20. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz_d_2017_49\(2\)_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/prvoz_d_2017_49(2)_4).

137. Ткачук. І. М. Оцінка прихильності до лікування військовослужбовців, хворих на артеріальну гіпертензію на сучасному етапі. *Ліки України Плюс. Електронне видання*. 2017. № 4. С. 44–46. URL: http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr_plus/2017-12-04/11.pdf

138. Тютюнокуріння у військовослужбовців: сучасний стан проблеми та готовність до зміни нездорової поведінки / Мороз Г. З. та ін. *Військова медицина України*. 2018. Т. 18, № 1. С. 71–76. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/3/ТЮТЮНОКУРІННЯ%20У%20ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ%20А%20СУЧАСНИЙ%20СТАН%20ПРОБЛЕМИ%20ТА%20ГОТОВНІСТЬ%20ДО%20ЗМІН%20НЕЗДОРОВОЇ%20ПОВЕДІНКИ>

139. Удосконалення комунікативних навичок військових лікарів та впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги на сучасному етапі / Мороз Г. З, Ткаленко О. М, Ткачук І. М., Соколюк А. К. 2nd International Scientific and Practical Internet Conference «Importance of Soft Skills for Life and Scientific Success» Dnipro, Ukraine, 2023. International Electronic Scientific and Practical Journal “WayScience”. С. 86-87. URL:

<http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2023/03/Conference-Proceedings-March-9-10-2023-1.pdf>

140. Українське суспільство в умовах війни. 2022: Колективна монографія / С. Дембіцький, О. Злобіна, Н. Костенко та ін Київ: Інститут соціології НАН України, 2022. 410 с

141. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Профілактика серцево-судинних захворювань”: наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564. 54 с. URL: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/reiestr-mtd/item/71-profilaktyka-sertsevosudynnykh-zakhvoriuvan>.

142. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. “Стабільна ішемічна хвороба серця”: наказ МОЗ України від 23.12.2021 № 2857. 58 с. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/stabilna-ishemichna-hvoroba-serczyua>

143. Урбанізація і вплив на здоров'я забруднення повітря в Україні: загрози та можливості / Рингач Н. О., Власик Л. Й., Власик Л. І., Колодніцька Т. Л. *Буковинський медичний вісник*. 2022. Т. 26, № 2 (102). С. 69-76. DOI: 10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.13

144. Фадеєнко Г. Д., Несен А. О. Коморбідність та інтегративна роль терапії внутрішніх хвороб. *Український терапевтичний журнал*. 2015. №2 с. 7-15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UTJ_2015_2_3

145. Фактори низької прихильності хворих на ішемічну хворобу серця до участі в програмах кардіореабілітації. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія* / Балаж М., Зайцева А., Шум М., Костенко В. 2022. С. 107-113. URL: 10.32652/spmed.2022.1.107-113.

146. Фактори ризику ішемічної хвороби серця у хворих із гострим коронарним синдромом при порушенні ліпідного обміну та за його відсутності / Хіміон Л. В., Яценко О. Б., Ватага В. В., Дубчак О. Г. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 1–2 (37–38) С. 207-211. URL: <http://www.irbis->

nbuv.gov.ua/cgi-

bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Uzn_2016_1-2_45

147. Фейса С. В. Структурно-функціональні особливості серцево-судинної системи у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та супутньою артеріальною гіпертензією в складі метаболічного синдрому. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. (4), 114-121. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_4_21

148. Функціонально-організаційна модель медичного забезпечення сил оборони на засадах єдиного медичного простору / Жаховський В. О., Лівінський В. Г., Петрук С. О., Жаховський О. В. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (3). С. 35-47. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-035](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-035)

149. Ханюков А. А. Основные факторы риска развития мультифокального атеросклероза (хронической ишемической болезни сердца и атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей). *Питання експериментальної та клінічної медицини*. 2013. Вип. 17, Т. 2. С. 82–87 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pekm_2013_17_2_17

150. Хвороби системи кровообігу та соціально-економічні фактори ризику / Теренда Н. О., Слободян Н. О., Юріїв К. Є. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2017. № 3 С. 159-164. DOI: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2017.v1.i3.8029>

151. Хірургічна тактика при поєднаних ураженнях коронарних та сонних артерій / Русин В. І. та ін. *Ендоваскулярна нейрорентгенохірургія*. 2012. № 3-4. С. 12-17. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgichna-taktika-pri-poednanih-urazhennyah-koronarnih-ta-sonnih-arteriy/viewer>

152. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник/ Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ,

2020. 154 с. https://accemedin.com/img/content/materials/images/COEs-manual_for-PHC-web.pdf

153. Цілі сталого розвитку. 2019. URL: <https://knowledge.org.ua/cili-stalogo-rozvitku/>

154. Чепелевська Л. А., Кривенко Є. М. Сучасні регіональні особливості смертності населення. *України Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 4 (66). С. 28-34. DOI 10.24144/2077-6594.4.1.2021.246998

155. Чорна Л. М., Устінова Л. А. Вивчення захворюваності та госпіталізації внаслідок хвороб органів системи кровообігу військовослужбовців офіцерського складу Збройних Сил України. *Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць Українськ. військ.-мед. академії*. Київ, 2013. Вип 40. С. 150–158. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=prvozd_2013_40_21

156. Ягенський А. В. Прихильність до лікування пацієнтів у віддалений період після інфаркту міокарда. *Раціональна фармакотерапія*. 2019. № 1-2 (50-51). С. 24-27. URL: <https://rpht.com.ua/ua/archive/2019/1-2%2850-51%29/pages-24-27/prihilnist-do-likuvannya-paciiientiv-u-viddaleniy-period-pislya-infarktu-miokarda-2021>

157. Якість життя населення України та перші наслідки війни / Черенько Л.М. та ін.; Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр.та соц. дослідж. ім.М.В. Птухи. Електронне видання. Київ, 2023. С. 191. URL: https://idss.org.ua/arhiv/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F_%D1%8F%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf

158. 2011 Department of Defense survey of health related behaviors among active duty military personnel. Report prepared for TRICARE Management Activity, Office of the Assistant Secretary of Defense (Health Affairs) and U.S.

Coast Guard under Contract No. GS-23F-8182H. / Barlas F. M. et al. 2013. P. 142-179. URL: https://www.murray.senate.gov/public/_cache/files/889efd07-2475-40ee-b3b0-508947957a0f/final-2011-hrb-active-duty-survey-report.pdf

159. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS) / Aboyans V. et al. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2018. Vol. 71 (2). 111 p. URL: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2017.12.014>

160. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines / Arnett D. K. et al. *Circulation*. 2019. 140:e563–e595. URL: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000677>

161. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) / Knuuti J. et al. *European Heart Journal*. 2020. Vol. 41. Issue 3. P. 407–477. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

162. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. Task Force Members, ESC Committee for Practice Guidelines (CPG), ESC National Cardiac Societies. *Atherosclerosis*. 2019. № 290. P. 140–205. URL: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2019.08.014>

163. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) / McDonagh T.A. et al. *Eur Heart J*. 2021. Vol. 42 (36). P. 3599–3726. URL: [doi: 10.1093/eurheartj/ehab368](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368)

164. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12

medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). / Visseren F. L. J. et al. *Revista espanola de cardiologia (English ed.)*. 2021. Vol. 75 (5). 429 p. URL: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2022.04.003>

165. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / Visseren F. L. J. et al. *Eur. Heart. J.* 2021. № 42 (34). P. 3227–3337. DOI:10.1093/eurheartj/ehab484

166. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Integrating Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Multimorbidity Treatment: A Framework for Pragmatic, Patient-Centered Care: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee / Birtcher K. K. et al. *Journal of the American College of Cardiology*. 2023. Vol. 81 (3). P. 292–317. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.08.754>

167. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines / Writing Committee Members, Virani, S. S. et al. A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2023. Vol. 82 (9). P. 833–955. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.04.003>

168. A causal relationship between irritability and cardiovascular diseases: a Mendelian randomization study / Cai D. et al. *Frontiers in cardiovascular medicine*. 2023. Vol. 10. P. 1174329. URL: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1174329>

169. A systematic overview of systematic reviews evaluating medication adherence interventions / Anderson L. J. et al. *Am J Health Syst Pharm*. 2020. Vol. 77 (2). P. 138–147. URL: <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz284>

170. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region [https. World Health Organization 2016](https://apps.who.int/iris/handle/10665/341522). 31 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341522>

171. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews / Leslie K. H. et al. *Journal of Public Health*. 2019. Vol. 41. № 1. P. e84-e94. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy088>

172. Adherence to coronary artery disease secondary prevention medicines: exploring modifiable barriers / Khatib R et al. *Open Heart*. 2019. Vol. 6. e000997. DOI: [10.1136/ openhrt-2018-000997](https://doi.org/10.1136/openhrt-2018-000997)

173. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, WHO, 2003. 198 p. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1>

174. AJMedP-8 ALLIED JOINT MEDICAL DOCTRINE FOR MILITARY HEALTH CARE (MHC). 38 p. URL: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-8_EDA_V1_E_2598.pdf

175. Analysing recent socioeconomic trends in coronary heart disease mortality in England, 2000–2007: a population modelling study / Bajekal M. et al. *PLoS Medicine*. 2012. Vol. 9. Issue 6. P. e1001237. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001237>

176. Anger frequency and risk of cardiovascular morbidity and mortality / Titova O. E., Baron J. A., Michaëlsson K., Larsson S. C. *European heart journal open*. 2022. Vol. 2. Issue 4. P. oeac050. URL: <https://doi.org/10.1093/ehjopen/oeac050>

177. Assessment of risk factors for coronary artery disease in military personnel: A study from Iran / Mirzaeipour F., Seyedmazhari M., Pishgooie A. H., Hazaryan M. *Journal of family medicine and primary care*. 2019. Vol. 8 (4). P. 1347–1351. URL: https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_109_19

178. Association of Combined Healthy Lifestyles With Cardiovascular Disease and Mortality of Patients With Diabetes: An International Multicohort Study / Zhang Y. B. et al. *Mayo Clinic proceedings*. 2023. Vol. 98 (1). P. 60–74. URL: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.08.012>

179. Association of comorbidities with clinical outcomes in patients after acute myocardial infarction / Baechli C. et al. *IJC Heart & Vasculature*. 2020. Vol. 29. P. 100558. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2020.100558>

180. Association of Coronary Artery Calcium in Adults Aged 32 to 46 Years With Incident Coronary Heart Disease and Death / Carr J. J. et al. *JAMA Cardiol*. 2017. Vol. 2(4). P. 391–399. Doi:10.1001/jamacardio.2016.5493

181. Association of Depression Risk with Patient Experience, Healthcare Expenditure, and Health Resource Utilization Among Adults with Atherosclerotic Cardiovascular Disease / Okunrintemi V. et al. *J gen intern med*. 2019. Vol. 34. P. 2427–2434. URL: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05325-8>

182. Association of Smoking Cessation and Survival Among Young Adults With Myocardial Infarction in the Partners YOUNG-MI Registry / Biery D. W. et al. *JAMA network open*. 2020 Vol. 3. Issue 7. P. e209649. URL: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9649>

183. Bethmann D., Cho J. I. Conscription hurts: The effects of military service on physical health, drinking, and smoking, *SSM - Population Health*. 2023. Vol. 22. P. 101391. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101391>

184. Bhardwaj, R., Kandoria, A., & Sharma, R. Myocardial infarction in young adults - risk factors and pattern of coronary artery involvement *Niger. Med. J*. 2014. Vol. 55 (1). P. 44-47. URL: <https://doi.org/10.4103/0300-1652.128161>

185. Bhosale J. S. The Role of Lifestyle in Development of Coronary Heart Disease. *IntechOpen*, 2019. 19 p. Doi: 10.5772/intechopen.86866

186. Bouniols N., Leclère B., Moret L. Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools. *BMC Res Notes*. 2016. Vol. 9. 382 p. Doi:10.1186/s13104-016-2164-6

187. Brave New World: Improving Obesity and Preventing Cardiovascular Disease / O'Keefe J. H., O'Keefe E. L., Nassif M. E., Lavie C. J. *Mayo Clinic proceedings*. 2023. Vol. 98 (1). P. 11–14. URL: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.11.012>

188. Brown W. V. Clinical Lipidology and the Prevention of Vascular Disease: Time for Personalized Therapy. *Clinical pharmacology and therapeutics*. 2018. Vol. 104 (2). P. 269–281. URL: <https://doi.org/10.1002/cpt.1127>

189. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. *Evid. based med.* 2010. Vol. 15 (6). P. 165–166. URL: <https://doi.org/10.1136/ebm1154>

190. Cardiovascular disease risk factors of military: A comparative assessment with civilians / W Bell Ngan et al. *European Journal of Public Health*. 2019. Vol. 29. Issue 4. ckz185.361. URL: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.361>

191. Cardiovascular Effects of Cannabinoids. *Cardiology in Review* / Wang A. et al. 10.1097/CRD.0000000000000566. 2023. DOI: 10.1097/CRD.0000000000000566

192. Case Management Adherence guidelines. Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies. 2006. 212 p. URL: <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2016/01/CMAG2.pdf>

193. Characterization of features and outcomes of young patients (<45 years) presenting with ST-segment elevation myocardial infarction / Samir A. et al. *The Egyptian heart journal: (EHJ): official bulletin of the Egyptian Society of Cardiology*. 2023. Vol. 75 (1). P. 32. URL: <https://doi.org/10.1186/s43044-023-00357-2>

194. Chronic Kidney Disease / Webster A. C., Nagler E. V., Morton R. L., Masson P. *Lancet (London, England)*. 2017. Vol. 389 (10075). P. 1238–1252. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)

195. Clinical burden, risk factor impact and outcomes following myocardial infarction and stroke: A 25-year individual patient level linkage study. Anoop S.V. et al. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2021. Vol. 7. P. 100141. URL: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2021.100141>

196. Cocaine and Marijuana Use Among Young Adults With Myocardial Infarction / DeFilippis E. M. et al. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018. Vol. 71 (22). P. 2540–2551. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.047>

197. Combat, Posttraumatic Stress Disorder and Smoking Trajectory in a Cohort of Male Australian Army Vietnam Veterans / O’Toole B. I., Kirk R., Bittoun R., Catts S. V. *Nicotine and Tobacco Research*. 2017. Vol. 20. Issue 10. P. 1198-1205. DOI: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx257>

198. Comorbidity in patients with chronic coronary syndromes: prevalence and assessment / Moroz G. Z. et al. *Wiadomości Lekarskie*. 2020, tom LXXIII, nr 3, s. 462-465. DOI: 10.36740/WLek202003110

199. Comparative analysis of the dynamics of modified risk factors of non-communicable diseases among the population of China and Ukraine / Zhdan V. M. et al. *Wiadomości Lekarskie*. 2019. T. LXXII, nr. 5, cr. II. P. 1108–1117.

200. Comparison of Cardiovascular Health Between US Army and Civilians / Shrestha A. et al. *Journal of the American Heart Association*. 2019. Vol. 8 (12). P. e009056. URL: <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.009056>

201. Comprehensive Cardiovascular Risk Factor Control Improves Survival: The BARI 2D Trial / Bittner V. et al. *Journal of the American College of Cardiology*/ 2015. Vol. 66 (7). P. 765–773. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.06.019>

202. Comprehensive Prediction of Subclinical Coronary Atherosclerosis in Subjects Without Traditional Cardiovascular Risk Factors / Park S. et al. *The American journal of cardiology*. 2023. Vol. 198. P. 64–71. URL: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2023.04.011>

203. Contemporary outcomes studies to identify and mitigate the risk in patients with premature cardiovascular disease / Lee M. T. et al. *Expert review of*

pharmacoeconomics & outcomes research. 2021. Vol. 21 (4). P. 559–570. URL: <https://doi.org/10.1080/14737167.2021.1888718>

204. Coronary artery disease in the military patient / Parsons I. et al. *BMJ Military Health*. 2015. Vol. 161 (3). P. 211-222. URL: <https://doi.org/10.1136/jramc-2015-000495>

205. Cramm J. M., Nieboer A. P. Validation of an instrument to assess the delivery of patient-centred care to people with intellectual disabilities as perceived by professionals. *BMC Health Services Research*. 2017. Vol. 17. 472 p. URL: doi.org/10.1186/s12913-017-2424-8.

206. Current approaches to medical care optimization for patients with multimorbidity / Diachuk D. D. et al. *Medicni Perspektivi (Medical Perspectives)*. 2020. Vol. 25 (4). P. 4–11. URL: doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221220

207. Deployment and Smokeless Tobacco Use Among Active Duty Service Members in the U.S. Military / Lin J. et al. *Military medicine*. 2019. Vol. 184 (3-4). P. e183–e190. URL: <https://doi.org/10.1093/milmed/usy186>

208. Determinants of adherence and effects on health-related quality of life after myocardial infarction: a prospective cohort study / Krack G. et al. *BMC Geriatr*. 2018. Vol. 18 (1). P. 136. Doi: [10.1186/s12877-018-0827-y](https://doi.org/10.1186/s12877-018-0827-y).

209. Determinants of adherence to evidence-based therapy after acute myocardial infarction / Hamood H., Hamood R., Green M.S., Almog R. *Eur J Prev Cardiol*. 2016. Vol. 23 (9). P. 975-85. Doi: [10.1177/2047487315597209](https://doi.org/10.1177/2047487315597209).

210. Diagnosis and treatment for hyperuricemia and gout: a systematic review of clinical practice guidelines and consensus statements / Li Q. et al *BMJ Open*. 2019. Vol. 9 P. e026677. Doi: [10.1136/bmjopen-2018-026677](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026677)

211. Differing Clinical Characteristics Between Young and Older Patients Presenting with Myocardial Infarction / Matsis K. et al. *Heart, lung & circulation*. 2017. Vol. 26 (6). P. 566–571. URL: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.09.007>

212. Digital tools as promoters for person-centered care practices in chronic care? Healthcare professionals' experiences from rheumatology care /

Granström E. et al. *BMC health services research*. 2020. Vol. 20 (1). P. 1108. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05945-5>

213. Dimovski K., Orho-Melander M., Drake I. A favorable lifestyle lowers the risk of coronary artery disease consistently across strata of non-modifiable risk factors in a population-based cohort. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19. P. 1575. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7948-x>

214. Directorate of Force Health Protection, “Results from Health and Lifestyle Information Survey of Canadian Forces Personnel 2008/2009: Regular Force Version” / Born J. et al. Ottawa, Department of National Defence, 2010. 203 p. URL: http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/dn-nd/D2-293-2010-eng.pdf

215. Early intervention and intensive management of patients with diabetes, cardiorenal, and metabolic diseases / Handelsman Y. et al. *Journal of diabetes and its complications*. 2023. Vol. 37 (2). P. 108389. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2022.108389>

216. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / Yusuf, S. et al. & INTERHEART Study Investigators *Lancet (London, England)*. 2004. Vol. 364 (9438). P. 937–952. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

217. Epidemiology of Coronary Artery Disease / Duggan, J. P., Peters, A. S., Trachiotis, G. D., Antevil, J. L. *The Surgical clinics of North America*. 2022. Vol. 102 (3). P. 499–516. URL: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2022.01.007>

218. Epstein R. M., Street R. L. Jr. Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness. *Ann Fam Med*. 2011. Vol. 9. Issue 5. P. 454-461. Doi: 10.1370/afm.1301

219. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2020. Vol. 41. P. 407-477. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

220. Estimating indirect mortality impacts of armed conflict in civilian populations: panel regression analyses of 193 countries, 1990-2017 / Jawad M. et al. *BMC Med.* 2020. Vol. 18. P. 266. Doi: 10.1186/s12916-020- 01708-5
221. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur. Heart J.* 2021. Vol. 42 (34). P. 3227–3337. Doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
222. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus / Muth C. et al. *Journal of Internal Medicine* 2019. Vol. 286. Issue 3. P. 272-288. URL:<https://doi.org/10.1111/joim.12842>
223. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000 / Ford E. S. et al. *The New England Journal of Medicine.* 2007. Vol. 356. P. 2388–2398. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMs053935>
224. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research / Kvarnström K., Westerholm A., Airaksinen M., Liira H. *Pharmaceutics.* 2021. Vol. 13 (7). P. 1100. URL: <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>,
225. Ford E.S. Trends in mortality from all causes and cardiovascular disease among hypertensive and nonhypertensive adults in the United States. *Circulation.* 2011. Vol. 123. P. 1737-1744. URL: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.005645>
226. Frampton S. B., Guastello S., Lepore M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. *J. Compar. Effect. Res.* 2013. Vol. 2 (5). P. 443–455. URL: doi.org/10.2217/cer.13.54
227. Francque S. M., Graaff V. D., Kwanten W. J. Non-alcoholic fatty liver disease and cardiovascular risk: Pathophysiological mechanisms and implications. *J of Hepatol.* 2016. Vol. 65. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.04.005.
228. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic

analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020. Vol. 396 (10258). P.1204-1222. DOI: 10.1016/S0140- 6736(20)30925-9.

229. Go A. S. Cardiovascular Disease Consequences of CKD. *Semin Nephrol*. 2016. Vol. 36 (4). P. 293–304. URL: <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2016.05.006>

230. Guidelines versus trail-evidence for statin use in primary prevention^ the Copenhagen General Population Study. *Atherosclerosis*. 2021.Vol. 341. P. 20-26. URL: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2021.12.002>

231. Gupta R., Wood, D. A. Primary prevention of ischaemic heart disease: populations, individuals, and health professionals. *Lancet (London, England)*. 2019. Vol. 394(10199). P. 685–696. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31893-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31893-8)

232. Gupta R., Yusuf S. Challenges in management and prevention of ischemic heart disease in low socioeconomic status people in LLMICs. *BMC medicine*. 2019. Vol. 17 (1). P. 209. URL: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1454-y>

233. Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. 87 p. URL: <https://doi.org/10.1787/c259e79a-en>.

234. Healthy Behavior, Risk Factor Control, and Survival in the COURAGE Trial / Maron D. J. et al. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018. Vol. 72 (19). P. 2297–2305. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.2163>

235. Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care London: The Health Foundation. 2014. 80 p. URL: <https://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care>

236. Hibbard J. H., Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs.

Health affairs (Project Hope). 2013. Vol. 32 (2). P. 207–214. URL: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>

237. High Blood Pressure 2016: Why Prevention and Control Are Urgent and Important. The World Hypertension League, International Society of Hypertension, World Stroke Organization, International Diabetes Foundation, International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, International Society of Nephrology / Campbell N. R. et al. *The JCH*. 2016. Vol. 18. № 4. P. 714-717. URL: <https://doi.org/10.1111/jch.12840>

238. Hyperuricemia as a prognostic marker for long-term outcomes in patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries / Ma W. et al. *Nutr Metab (Lond)* 2021. Vol. 18 (107). URL: <https://doi.org/10.1186/s12986-021-00636-2>

239. Impact of armed conflict on cardiovascular disease risk: a systematic review / Jawad M. et al. *Heart*. 2019. Vol. 105 (18). P. 1388-1394. Doi: 10.1136/heartjnl-2018-314459

240. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on morbidity and mortality after myocardial infarction / Andell P. et. al. *Open Heart*. 2014. Vol. 1 (1). P. e000002. DOI: <http://doi.org/10.1136/openhrt-2013-000002>

241. Impact of chronic obstructive pulmonary disease severity on surgical outcomes in patients undergoing non-emergent coronary artery bypass grafting / Saleh H. Z. et. al. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2012. Vol. 42 (1). P. 108–113. DOI: <http://doi.org/10.1093/ejcts/ezr271>.

242. Impact of combat deployment and posttraumatic stress disorder on newly reported coronary heart disease among US active duty and reserve forces / Crum-Cianflone, N.F. et al. *Circulation*. 2014. Vol. 129 (18). P. 1813-1820. URL: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005407>

243. Improved outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction during the last 20 years are related to implementation of evidence-based treatments: experiences from the SWEDEHEART registry 1995-2014 / Szummer

K. et al. *European heart journal*. 2017. Vol. 38. Issue 41. P. 3056–3065. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx515>

244. Increasing Trajectories of Multimorbidity Over Time: Birth Cohort Differences and the Role of Changes in Obesity and Income / Canizares M. et al. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2018. Vol. 73 (7). P. 1303–1314. URL: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx004>

245. Independent Associations Between Trait-Anger, Depressive Symptoms and Preclinical Atherosclerotic Progression / Eckerle W. et al. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2023. Vol. 57 (5). P. 409–417. URL: <https://doi.org/10.1093/abm/kaac076>

246. International Study of Comparative Health Effectiveness with Medical and Invasive Approaches (ISCHEMIA) trial: Rationale and design / Maron D. J. et al. *American heart journal*. 2018. Vol. 201. P. 124–135. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2018.04.011>

247. Interventions for Adherence Improvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases: Expert Consensus Statement / Ihm S.H. et al. *Korean Circ. J*. 2022 Vol. 52(1). P. 1-33. DOI: 10.4070/kcj.2021.0226.

248. Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) / Palmer K et al. *Health Policy*. 2018. Vol. 122 (1). P. 4-11. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.09.006.

249. Kabłak-Ziembicka A. Improving Cardiovascular Outcomes: The Era of Personalized Therapy in Atherosclerosis. *Journal of clinical medicine*. 2022. Vol. 11 (11). P. 3077. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm11113077>

250. Kayikcioglu M., Ozkan H. S., Yagmur B. Premature Myocardial Infarction: A Rising Threat. *Balkan medical journal*. 2022. Vol. 39 (2). P. 83–95. URL: <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2022-2-19>

251. Kuipers S. J., Cramm J. M., Nieboer A. P. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res.* 2019. Vol. 19(1). P. 13. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y>

252. Kuipers S. J., Nieboer A. P., Cramm J. M. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Family Practice.* 2020. Vol. 21. P. 71. URL: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01144-7>

253. Lawes C. M., Vander Hoorn S., Rodgers A.; International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet.* 2008. Vol. 371. P. 1513-1518. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60655-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60655-8).

254. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry / Kotseva K. et al. *European journal of preventive cardiology.* 2019. Vol. 26 (8). P. 824–835. URL: <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>

255. Lifestyle, Glycosylated Hemoglobin A1c and Survival Among Patients With Stable Ischemic Heart Disease and Diabetes / Mancini G. B. J. et al. *Journal of the American College of Cardiology.* 2019. Vol. 73 (16). P. 2049–2058. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.067>

256. Lo J., Patel P., Roberts B. A systematic review on tobacco use among civilian populations affected by armed conflict. *Tob Control.* 2016. Vol. 25 (2). P. 129-40. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2014-052054.

257. Long-term cardiovascular risk of nonsteroidal anti-inflammatory drug use according to time passed after first-time myocardial infarction: a nationwide cohort study / Olsen A. M. et al. *Circulation.* 2012. Vol. 126 (16). P. 1955–1963. URL: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.112607>

258. MacGregor, A.J., Zouris, J.M., Watrous, J.R. *et al.* Multimorbidity and quality of life after blast-related injury among US military personnel: a cluster analysis of retrospective data. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20. P. 578. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08696-4>

259. Mahtta D. Evaluation of Aspirin and Statin Therapy Use and Adherence in Patients With Premature Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *JAMA network open*. 2020. Vol. 3 (8). P. e2011051. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11051>

260. Markov Y. Prevalence and problems of comorbid (pol-ymorbid) conditions in anesthesiology: a literature re-view. 2021. Vol. 8 (103). P. 25-30. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.8.103.2019.192367>

261. Mathers C., Stevens G., Mascarenhas M. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>

262. Medical evaluation of efficiency of optimized models for early detection and primary prevention of cardiovascular diseases / Zhdan V. M., Holovanova I. A., Filatova V. L., Khorosh M. V. *Wiadomości Lekarskie*. 2017. Tom LXX, nr 3 cz I. P. 433-438. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711883/>

263. MEDICATION ADHERENCE AND ITS IMPACT ON THE AVERAGE LIFE EXPECTANCY AFTER ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION: THE RESULTS OF THE UKRAINIAN STIMUL REGISTRY / Korol S., Wsól A., Puchalska L., Reshetnik A. *Wiadomości lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*. 2022. Vol. 75 (3). P. 563–569 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35522859/>

264. Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors / Crowley M. J. et al. *J Gen Intern Med*. 2015 Vol. 30 (1). P. 83-90. DOI: [10.1007/s11606-014-3072-x](https://doi.org/10.1007/s11606-014-3072-x).

265. mHealth Interventions for Lifestyle and Risk Factor Modification in Coronary Heart Disease: Randomized Controlled Trial / Bae J. W. et al. *JMIR mHealth and uHealth*. 2021. Vol. 9 (9). P. e29928. URL: <https://doi.org/10.2196/29928>

266. Millennium Cohort Study Team. Cigarette smoking and military deployment: a prospective evaluation / Smith B. et al. *American journal of preventive medicine*. 2008. Vol. 35. Issue 6. P. 539–546. URL: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.07.009>

267. MORBIDITY AND PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN UKRAINE: TRENDS AND FORECASTS UNTILL 2025 / Terenda N., Petrashyk Y., Slobodian N., Lishtaba L. *Georgian medical news*. 2018. Vol. 282. P. 79–82. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30358545>

268. Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review / Johansson S. et al. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017. Vol. 17. P. 53 URL: <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0482-9>

269. Mortensen M. B., Tybjærg-Hansen A., Nordestgaard B. G. Statin Eligibility for Primary Prevention of Cardiovascular Disease According to 2021 European Prevention Guidelines Compared With Other International Guidelines. *JAMA cardiology*. 2022. Vol. 7 (8). P. 836–843. URL: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.1876>

270. Mulley A., Trimble Ch, Elwyn G. PATIENTS' PREFERENCES MATTER Stop the silent misdiagnosis 2012. 64 p. URL: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/patient-s-preferences-matter-may-2012.pdf

271. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*. 2018. Vol. 122(1). P. 4-11. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.09.006

272. Muñoz Olmo L., Juan Armas J., Gomariz García J. J. Riesgo de eventos fatales/no fatales en pacientes con enfermedad coronaria/infarto agudo de

miocardio previo y tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos [Risk of fatal/non-fatal events in patients with previous coronary heart disease/acute myocardial infarction and treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs]. *Semergen*. 2018. Vol. 44 (5). P. 355–363. URL: <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2017.07.004>

273. Myocardial Infarction in the “Young”: Risk Factors, Presentation, Management and Prognosis / Shah N. et al. *Heart, lung & circulation*. 2016. Vol. 25 (10). P. 955–960. URL: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.04.015>

274. National Institute for Health and Care Excellence. Shared decision making. NICE guideline [NG197]. 2021. 32 p. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>

275. Navar A. M., Stone N. J., Martin S. S. What to say and how to say it: effective communication for cardiovascular disease prevention. *Current opinion in cardiology*. 2016. Vol. 31 (5). P. 537–544. URL: <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000322>

276. Nolte E., Anell A. Person-centred health systems: Strategies, drivers and impacts. *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges* (European Observatory on Health Systems and Policies). 2020. P. 41-74. Cambridge: Cambridge University Press. URL: [doi:10.1017/9781108855464.006](https://doi.org/10.1017/9781108855464.006)

277. Non-traditional tools for predicting coronary artery disease / Khurana R. et al. *The National medical journal of India*. 2022. Vol. 35 (5). P. 261–265. URL: https://doi.org/10.25259/NMJI_513_19

278. O’Donnell F. L., Stahlman S., Oetting A. A. Incidence rates of diagnoses of cardiovascular diseases and associated risk factors, active component, U.S. Armed Forces, 2007-2016. *MSMR*. 2018. Vol. 25 (3). P. 12–18. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29578730/>

279. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease. A 26 year follow up of participants in the Framingham heart study / Hubert H.B. et al.

Circulation. 1983. Vol. 67. P. 968–977. URL: <https://doi.org/10.1161/01.cir.67.5.968>

280. Oksak G. A., Golovanova I. A. Contribution of mortality from cardiovascular disease to overall mortality. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland)*. 2017. Vol. 70 (3 pt 1). P. 449–455. URL: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/2020/02/WL-3-cz-I-2017.pdf>

281. Okunrintemi V., Nasir K. Optimizing Patient-Reported Experiences for Cardiovascular Disease: Current Landscape and Future Opportunities. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*. 2020. Vol. 16 (3). P. 220–224. URL: <https://doi.org/10.14797/mdcj-16-3-220>

282. Ong K. Y., Lee P. S, Lee E. S. Patient-centred and not disease-focused: a review of guidelines and multimorbidity. *Singapore Med J*. 2020. Vol. 61 (11). P. 584-590. URL: doi.org/10.11622/smedj.2019109

283. Ørtenblad, L., Nissen, N. K. General practitioners' considerations of and experiences with multimorbidity patients: A qualitative study. *International Journal of Care Coordination*. 2019. Vol. 22. Issue 3-4. URL: <https://doi.org/10.1177/2053434519890050>

284. Patient Adherence to Health Care Provider Recommendations and Medication among Free Clinic Patients / Panahi S et al. *J Patient Exp*. 2022 Vol. 9. P. 23743735221077523. DOI: 10.1177/23743735221077523

285. Patient-centered care and self-management opinion of military personnel with coronary artery disease / Galina Moroz et al. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*. 2023. Vol. 76 (7). P. 1594-1599. DOI: 10.36740/WLek202307112

286. Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project / Van der Heide, et al. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2018. Vol. 122(1). P. 36–43. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.10.005>

287. Patient-Provider Communication and Health Outcomes Among Individuals With Atherosclerotic Cardiovascular Disease in the United States:

Medical Expenditure Panel Survey 2010 to 2013 / Okunrintemi V. et al. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*. 2017. Vol. 10 (4). P. e003635. URL: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.003635>

288. Patients with comorbid coronary artery disease and hypertension: a cross-sectional study with data from the NHANES / Chen, Y. et al. *Annals of translational medicine*. 2022. Vol. 10 Issue 13. P. 745. URL: <https://doi.org/10.21037/atm-22-2766>

289. Perceived Deterrence of Cigarette Use and Smoking Status Among Active Duty Military Personnel / Ulanday K. T., Jeffery D. D. Nebeling L., Srinivasan S. *Military medicine*. 2017. Vol. 182. Issue 5–6. P. 1733–1741. URL: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00201>

290. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016. Vol. 64 (1). P. 15-18. URL: doi.org/10.1111/jgs.13866.

291. Person-Centered Models for Cardiovascular Care: A Review of the Evidence: A Scientific Statement From the American Heart Association / Rossi, L. P. et al. & American Heart Association Complex Cardiovascular Patient and Family Care Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Council on Quality of Care and Outcomes Research *Circulation*. 2023. 10.1161/CIR.0000000000001141. URL: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001141>

292. Physical Activity and Anger or Emotional Upset as Triggers of Acute Myocardial Infarction: The INTERHEART Study / Smyth A. et al. & INTERHEART Investigators. *Circulation*. 2016. Vol. 134. Issue 15. P. 1059–1067. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.023142>

293. Police S. B., Ruppert, N. The US Military's Battle With Obesity. *Journal of nutrition education and behavior*. 2022. Vol. 54 (5). P. 475–480. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2021.12.003>

294. Prevalence of traditional cardiovascular risk factors for coronary artery disease and elevated fibrinogen among active military personnel in Republic of Serbia: A cross-sectional study / Pandrc M. et al. *Journal of medical*

biochemistry. 2022. Vol. 41 (2). P. 221–229. URL: <https://doi.org/10.5937/jomb0-33428>

295. Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study / Jousilahti P. et al. *BMJ*. 2016. Vol. 352. P. i721. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i721>

296. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf

297. Problematic anger in military and veteran populations with and without PTSD: The elephant in the room / Forbes D., Adler A. B., Pedlar D., Asmundson G. J. G. & MHRIC across the Five Eyes Nations. *Journal of anxiety disorders*. 2023. Vol. 96. P. 102716. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102716>

298. Profile and treatment of chronic coronary syndromes in European Society of Cardiology member countries: The ESC EORP CICD-LT registry. *European journal of preventive cardiology* / Komajda M et al. 2021. Vol. 28. Issue 4. P. 432-445. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487320912491>

299. Quantifying Importance of Major Risk Factors for Coronary Heart Disease / Michael J. Pencina et al. *Circulation*. 2019. Vol. 139. Issue 13. P. 1603-1611. URL: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031855>

300. Reframing Value-Based Care Management: Beyond Cost Reduction and Toward Patient Centeredness / Wang P. et al. *JAMA health forum*. 2023. Vol. 4(6). P. e231502. URL: <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.1502>

301. Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study / Lee Y. M. et al. *Health Qual Life Outcomes*. 2018. Vol. 16 (1). P. 100. DOI: [10.1186/s12955-018-0921-z](https://doi.org/10.1186/s12955-018-0921-z).

302. Rentería-Ramos R., Hurtado-Heredia R., Urdinola B.P. Morbidity and mortality of the victims of internal conflict and poor population in the Risaralda province, Colombia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019. Vol. 16 (9). P.1644. Doi: 10.3390/ijerph16091644

303. Rippe J. M. Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2018. Vol. 12 (6). P. 499-512. DOI:10.1177/1559827618785554

304. Risk Factors and Outcomes of Very Young Adults Who Experience Myocardial Infarction: The Partners YOUNG-MI Registry / Yang, J. *The American journal of medicine*. 2020. Vol. 133 (5). P. 605–612.e1. URL: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.10.020>

305. Risk factors associated with premature myocardial infarction: a systematic review protocol / Dugani S. B. et al. *BMJ Open*. 2019. Vol. 9. P. e023647. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023647

306. Risk factors for ischaemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study / O'Donnell MJ, et al. *The Lancet*. 2010. Vol. 376, № 9735. P. 112–123. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60834-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60834-3)

307. Risk Factors for Premature Myocardial Infarction: A Systematic Review and Meta-analysis of 77 Studies / Dugani S. B. et al. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2021. Vol. 5 (4). P. 783-794. DOI: 10.1016/j.mayocpiqo.2021.03.009.

308. Risk of Coronary Artery Disease in Patients With Traumatic Intracranial Hemorrhage: A Nationwide, Population-Based Cohort Study / Lin W. S. et al. *Medicine*. 2015. Vol. 94 (50). P. e2284. URL: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002284>

309. Risk prediction tools in cardiovascular disease prevention: A report from the ESC Prevention of CVD Programme led by the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) in collaboration with the Acute Cardiovascular Care Association (ACCA) and the Association of Cardiovascular Nursing and

Allied Professions (ACNAP). / Rossello X. et al. *European heart journal. Acute cardiovascular care*. 2020. Vol. 9(5). P. 522–532. URL: <https://doi.org/10.1177/2048872619858285>

310. Rubashkin N., Warnock R., Diamond-Smith N. A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reprod Health*. 2018. Vol.10. Issue 15(1). P. 169. DOI: 10.1186/s12978-018-0588-2

311. Rubin J. B., Borden W. B. Coronary heart disease in young adults. *Curr. Atheroscler. Rep.* 2012. Vol. 14. P. 140-149. URL: <https://doi.org/10.1007/s11883-012-0226-3>

312. Ryngach N. O., Vlasyk, L. Y. Burden of premature mortality caused by four main non-communicable diseases in Ukraine. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*. 2018. Vol. 71 (3 pt 2). P. 728–732. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29783257/>

313. Ryngach N. O. Health Literacy and Achievement of Sustainable Development Goals in Ukraine. *Demography and social economy*. 2020. Vol. 2 (40). P. 71-88. URL: <https://doi.org/10.15407/dse2020.02.071>

314. Schönfeld M. S., Pfisterer-Heise S., Bergelt C. Self-reported health literacy and medication adherence in older adults: a systematic review. *BMJ Open*. 2021. Vol. 11 (12). P. e056307. URL: doi: 10.1136/bmjopen-2021-056307

315. SCORE 2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021 Vol. 42(25). P. 2439-2454. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab309.

316. SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration, SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. *European Heart Journal*. 2023. Vol. 44. Issue 28. P. 2544–2556. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad260>

317. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident

cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *European heart journal*. 2021. Vol. 42 (25). P. 2455–2467. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312>

318. Seliuk O. V. Features of comorbidity of internal diseases in military personnel participating in the Anti-terrorist operation/Joint Forces Operation. *Свім медицини та біології*. 2021. № 4 (78). С. 150-154. DOI: 10.26724/2079-8334-2021-4-78-150-154.

319. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. Elwyn G. et al. *J Gen Intern Med*. 2012. Vol. 27. Issue 10. P. 1361-1367. URL: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

320. Social inequalities in multimorbidity, frailty, disability, and transitions to mortality: a 24-year follow-up of the Whitehall II cohort study / Dugravot A. et al. *The Lancet. Public health*/ 2020. Vol. 5 (1). P. e42–e50. URL: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30226-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30226-9)

321. Socioeconomic inequalities in prevalence and development of multimorbidity across adulthood: A longitudinal analysis of the MRC 1946 National Survey of Health and Development in the UK / Khanolkar A. R. et al. *PLoS medicine*. 2021. Vol. 18 (9). P. e1003775. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003775>

322. Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis / Roberts B. W. et al. *PLoS One*. 2021. Vol. 16 (3). P. e0247259. URL: doi.org/10.1371/journal.pone.0247259

323. Spoletini I., Ferrari R., Rosano G. M. C. Living with stable angina: patients' pathway and needs in angina. *Journal of cardiovascular medicine (Hagerstown, Md.)* 2020. Vol. 21. Issue 5. P. 377–382. URL: <https://doi.org/10.2459/JCM.0000000000000954>

324. Standardized classification and framework for reporting, interpreting, and analysing medication non-adherence in cardiovascular clinical trials: a consensus report from the Non-adherence Academic Research Consortium

(NARC) / Valgimigli, M., et al. *European heart journal*. 2019. Vol. 40. Issue 25. P. 2070–2085. URL: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy377>

325. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016. 43 p. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHS_D_160535.pdf

326. Systematic Review on Harmful Alcohol Use Among Civilian Populations Affected by Armed Conflict in Low- and Middle-Income Countries / Lo J. et al. *A Subst Use Misuse*. 2017. Vol. 52 (11). C. 1494-1510. DOI: 10.1080/10826084.2017.1289411.

327. The 2011 outcome from the Swedish Health Care Registry on Heart Disease (SWEDEHEART) / Harnek J. et. al. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2013. Vol. 47 Sup 62. P. 1–10. DOI: <http://doi.org/10.3109/14017431.2013.780389>

328. The contribution of risk factors to socioeconomic inequalities in multimorbidity across the lifecourse: a longitudinal analysis of the Twenty-07 cohort / Katikireddi S. V. et al. *BMC medicine*. 2017. Vol. 15 (1). P. 152. URL: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0913-6>

329. The Coronary Artery Risk Development In Young Adults (CARDIA) Study: JACC Focus Seminar 8/8 / Lloyd-Jones, D. M. et al. *Journal of the American College of Cardiology*. 2021. Vol. 78 (3). P. 260–277. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.05.022>

330. The effect of patient-centered education in adherence to the treatment regimen in patients with coronary artery disease / Saki M. et al. *Journal of Vascular Nursing*. 2022. Vol. 40. Issue 1. P. 28–34. URL: <https://doi.org/10.1016/J.JVN.2021.10.003>.

331. The effect of self-management intervention program on the lifestyle of postmyocardial infarction patients / Amini R., Rajabi M., Azami H., Soltanian A. *J Educ Health Promot*. 2021 Vol. 10. P. 145. Doi: 10.4103/jehp.jehp_902_20.

332. The human toll and humanitarian crisis of the Russia-Ukraine war: the first 162 days / Haque U et al. *BMJ Global Health*. 2022. Vol. 7. P.e009550. URL: <https://gh.bmj.com/content/7/9/e009550>

333. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany / Härter M. et al. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2017. Vol. 123-124. P. 46–51. URL: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.006>

334. The Millennium Cohort Study Team. Smokeless tobacco use related to military deployment, cigarettes and mental health symptoms in a large, prospective cohort study among US service members / Hermes E. D. A. et al. *Addiction*. 2012. Vol. 107. Issue 5. P. 983–994. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03737.x>

335. The Millennium Cohort Study: The first 20 years of research dedicated to understanding the long-term health of US Service Members and Veterans / Belding, J. N. et al & Millennium Cohort Study Team. *Annals of epidemiology*, 2022. Vol. 67. P. 61–72. URL: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2021.12.002>

336. The never-ending patient journey of chronically ill patients: A qualitative case study on touchpoints in relation to patient-centered care / Maas V. K. et al. *PloS one*. 2023. Vol. 18 (5). P. e0285872. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285872>

337. The Prevalence of Cardiovascular Risk Factors among Polish Soldiers: The Results from the MIL-SCORE Program / Gielerak G. et al. *Cardiol Res Pract*. 2020. P. 3973526. Doi: 10.1155/2020/3973526.

338. The relationship between military combat and cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis / Boos C. J. et al. *International Journal of Vascular Medicine*. 2019. Doi: 10.1155/2019/9849465.

339. The relative impact of injury and deployment on mental and physical quality of life among military service members / Kolaja C. et al. *PloS one*. 2022. Vol. 17 (9). P. e0274973. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274973>

340. Time trends in ischaemic heart disease incidence and mortality over three decades (1990–2019) in 20 Western European countries: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019 / Vancheri F. et al. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2022. Vol. 29. Issue 2. P. 396–403. URL: <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab134>
341. Tobacco use during military deployment / Talcott G. W. et al. *Nicotine & Tobacco Research*. 2013. Vol. 15. Issue 8. P. 1348–1354. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/nts267>
342. Traditional coronary risk factors in healthy Turkish military personnel between 20 and 50 years old: focus on high-density lipoprotein cholesterol / Barçın, C. et al. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2013. Vol. 13. P. 552–558. URL: <https://doi.org/10.5152/akd.2013.176>
343. Training Family Doctors and Primary Care Nurses in Evidence-based Prevention, Screening and Management of Cardiovascular Risks in Western Ukraine: A Longitudinal Study / Shushman I. et al. *Zdravstveno varstvo*. 2020. Vol. 59 (4). P. 227–235. URL: <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0029>
344. Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review / Hashemzadeh M. et al. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019. Vol. 24 (2). P. 83–90. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_94_17
345. US Military Service and Racial/Ethnic Differences in Cardiovascular Disease: An Analysis of the 2011-2016 Behavioral Risk Factor Surveillance System / Walker L. et al. *Ethnicity & Disease*. Vol. 29 (3). P. 451–462. URL: <https://www.jstor.org/stable/48668471>
346. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 Executive Summary Placing people and communities at the centre of health services. URL: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>

347. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases. 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

348. World Organization of Colleges and Academies and Academic Associations of General Practitioners. URL: <http://www.woncaeurope.org>

349. Yiu K. H., Tse H. F. Hypertension and cardiac arrhythmias: a review of the epidemiology, pathophysiology and clinical implications. *J. Hum. Hypertens.* 2008. Vol. 22. Issue 6. P. 380–388. URL: <https://doi.org/10.1038/jhh.2008.10>

350. Zyriax B.-C., Windler E. Lifestyle changes to prevent cardio- and cerebrovascular disease at midlife: A systematic review, *Maturitas.* 2023. Vol. 167. P. 60-65. URL: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.09.003>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Карта вкопювання даних

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Вік _____
3. Місце служби _____
4. Чи учасник АТО 1) так 2) ні
5. Дані анамнезу:
 - 5.1. Тютюнокуріння 1) так 2) ні 3) не вказано
 - 5.2. Обтяжена спадковість 1) так 2) ні 3) не вказано
 - 5.3 Зловживання алкоголем 1) так 2) ні 3) не вказано
 - 5.4. Чи діагностована на теперішній час ІХС?
1) ні 2) так (з якого року _____)
 - 5.5. Чи діагностована на теперішній час АГ?
1) ні 2) так (з якого року _____) 3) вперше: так ні 4) стадія АГ: I II III
 - 5.6. 5. Дані анамнезу щодо перебігу АГ _____
6. Маса тіла _____ не вказано зріст _____ не вказано індекс маси тіла _____ не вказано
1) норма 2) надмірна маса тіла 3) ожиріння 3а) Іст. 3б) Іст. 3в) ІІІ ст.
7. АТ систолічний _____ не вказано АТ діастолічний _____ не вказано
8. Рівень холестерину в плазмі крові _____ не вказано
Холестерин ЛПВЩ _____ не вказано Холестерин ЛПНЩ _____ не вказано
9. Рівень тригліцеридів _____ не вказано
10. Рівень глюкози в крові _____ не вказано
11. Рівень креатиніну _____ не вказано
12. Окуліст: зміни судин на очному дні 1) ні 2) так 3) не оглянутий
13. Чи проведено ЕхоКГ так ні
14. Чи проведено УЗД нирок 1) так 2) ні УЗД щитовидної залози 1) так 2) ні
УЗД наднирників 1) так 2) ні
15. Прихильність до прийому антигіпертензивних препаратів:
1) не приймає 2) епізодично 3) постійно (якого року _____)
16. Прийом препаратів:
а) ІАПФ/БРА б) β-блокатор в) антагоніст кальцію г) діуретик д) антиагрегант е) антикоагулянт ж) статин з) нітрат короткої дії і) нітрата тривалої дії к) інші _____
19. Чи досягнув цільового АТ при постійному прийомі антигіпертензивних препаратів?
1) так 2) ні
20. Призначено статин 1) так 2) ні
21. Призначено антиагрегант 1) так 2) ні
22. Рекомендовано модифікацію здорового способу життя 1) так 2) ні
23. Рекомендовано модифікацію щодо харчування 1) так 2) ні
24. Рекомендація щодо припинення тютюнокуріння 1) так 2) ні
25. Рекомендації щодо фізичної активності 1) так 2) ні
- 26 Чи оглянутий психіатром 1) так 2) ні
27. Наявність супутньої патології:

Показник	Так (1)	Ні (0)
Атеросклероз судин головного мозку без ознак дисциркуляторної енцефалопатії		
Атеросклероз судин головного мозку з ознаками дисциркуляторної енцефалопатії I стадії		
Атеросклероз судин головного мозку з ознаками дисциркуляторної енцефалопатії II стадії		

Атеросклероз судин головного мозку з ознаками дисциркуляторної енцефалопатії III стадії		
Стенозуючий атеросклероз БЦА		
Стан після гострої реакції на стрес у вигляді астено-невротичного синдрому		
Стан після гострої реакції на стрес у вигляді тривожно-депресивного синдрому		
ПТСР		
Акубаротравма		
Наслідки ЗЧМТ у вигляді..		
Наслідки перенесеної мінно-вибухової травми у вигляді		
Ангіопатія сітківки		
Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок		
Варикозна хвороба нижніх кінцівок		
ЦД, тип I		
ЦД, тип II		
Порушення толерантності до глюкози		
Артеріальна гіпертензія		
ІХС, у т.ч.		
Дифузний кардіосклероз		
Стенокардія напруження, ФК I		
Стенокардія напруження, ФК II		
Стенокардія напруження, ФК III		
Складні порушення ритму		
Шлуночкова екстрасистолічна аритмія		
Передсердна екстрасистолічна аритмія		
Інфаркт міокарда		
СН I		
СН 2А		
Легенева гіпертензія		
ХХН		
Остеохондроз		
ХОЗЛ, хронічний обструктивний бронхіт, бронхіальна астма		
Хронічний необструктивний бронхіт		
Хронічний вірусний/криптогенний гепатит		
Хронічний гастродуоденіт		
Виразкова хвороба		
Жирова неалкогольна хвороба печінки		
ЖКХ, хронічний калькульозний холецистит		
Хронічний некалькульозний холецистит		
Хронічний панкреатит		
Подагра		
Дрібновузловий зоб + порушення функції щитовидної залози Так/ні		
Хронічний тиреоїдит + порушення функції щитовидної залози Так/ні		
Інші _____		

Додаток Б

Анкета соціологічного опитування

Просимо Вас відповісти на запитання анкети. Ваші відповіді є анонімними і не підлягають розголошенню, не будуть передані Вашому лікарю. Результати анкетних опитувань будуть узагальнені та використані для покращення організації медичної допомоги. Позначте відповіді, що співпадають з Вашою думкою або напишіть свій варіант відповіді. Дякуємо за співпрацю!

Ваш вік _____ років	Стать	ч	ж	Чи курите Ви?	Так	Ні
Яка Ваша маса тіла?	_____ кг	Не знаю	Ваш зріст	_____ см	Не знаю	
Який рівень Вашого артеріального тиску		_____ мм рт. ст.			Не знаю	
Який у Вас рівень холестерину?		_____ ммоль/л			Не знаю	
Як Ви оцінюєте загальний стан свого здоров'я?		Відмінний	Добрий	Задовільний	Поганий	

Стаж роботи у Збройних Силах _____

Скільки років Ви хворієте на ішемічну хворобу серця? 1. _____ 2. Не знаю

Зробіть, будь-ласка, позначки напроти вірної відповіді:

1.	На Вашу думку, скільки у Вас захворювань, які потребують постійного щоденного прийому лікарських препаратів?		2	3-5	≥5			
2.	Яку кількість таблеток Ви постійно приймаєте щоденно?		2-5	5-10	>10			
3.	Чи надає Вам лікар достатньо інформації щодо особливостей стану Вашого здоров'я та перебігу захворювання		так	ні	Не завжди			
4.	Чи отримуєте Ви емоційну підтримку від лікаря щодо вирішення проблем зі здоров'ям?		так	ні	Не завжди			
5.	Чи погоджує лікар з Вами план Вашого лікування?		так	ні	Не завжди			
6.	Чи надасте Вам лікар інформацію щодо участі в самоконтролі стану здоров'я, та результатів лікування – ведення щоденника (вимірювання тиску, частоти пульсу, самоочуття – напади стенокардії тощо)?		так	ні	Не завжди			
7.	Призначаючи препарати для планового лікування, чи обговорює з Вами лікар такі аспекти як:	7.1. З якою метою призначає ті або інші медикаменти	так	ні	Не завжди			
		7.2. Можливість розвитку побічного ефекту призначених препаратів	так	ні	Не завжди			
		7.3. Схеми лікування та особливостей прийому препаратів	так	ні	Не завжди			
		7.4. Заходи, направлені на те, аби Ви не забували приймати препарати щоденно	так	ні	Не завжди			
8.	Чи вважаєте Ви, що пацієнт має право брати участь у вирішенні питань щодо призначення обстежень та лікування?		так	ні	Важко визначитись			
9.	Чи є у Вас потреба більш детально обговорювати з лікарем план лікування та залучатись до прийняття рішення?		так	ні	Важко визначитись			
10.	Чи готові Ви до виконання заходів самоконтролю стану Вашого здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування?		так	ні	Важко визначитись			
11.	Чи є у вас потреба підвищити поінформованість щодо ефективного лікування, участі пацієнтів у виборі лікування, опанування методів самоконтролю процесу лікування, методів подолання стресу і покращення емоційного стану?			так	ні			
12.	Чи бажаєте Ви брати участь в роботі Школи для пацієнтів «Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я»			так	ні			
13.	Оцініть виконання Вами рекомендацій лікаря щодо здорового харчування за п'ятибальною шкалою			1	2	3	4	5

14.	Оцініть виконання Вами рекомендацій лікаря щодо фізичної активності (прогулянки, зарядка тощо) за п'ятибальною шкалою	1	2	3	4	5
15.	Оцініть виконання Вами рекомендацій лікаря щодо прийому ліків за п'ятибальною шкалою	1	2	3	4	5
16.	На Вашу думку, які чинники утруднюють виконання Вами рекомендацій лікаря щодо прийому ліків? (можливо кілька відповідей) 1. Велика кількість препаратів для щоденного прийому 2. Забуваю прийняти ліки 3. Недовіра щодо позитивного впливу ліків на здоров'я 4. Фінансові обмеження щодо придбання препаратів 5. Боюсь побічних ефектів 6. Інше (вказіть) _____					
17.	Чи забували Ви коли-небудь прийняти рекомендовані лікарем препарати?			так		ні
18.	Чи буває що Ви не в повному обсязі виконуєте рекомендації лікаря щодо прийому препаратів?			так		ні
19.	Чи забуваєте Ви іноді вчасно поновити запас призначених Вам препаратів?			так		ні
20.	Чи припиняли Ви коли-небудь приймати препарати при покращенні самопочуття?			так		ні
21.	Чи припиняли Ви коли-небудь приймати препарати при погіршенні самопочуття?			так		ні
22.	Чи знаєте Ви про позитивний вплив регулярного прийому препаратів на стан Вашого здоров'я?			так		ні

23. Визначте з наведеного переліку те, що відповідає Вашому ставленню до дотримання принципів здорового харчування:
1. **Я не збираюся нічого змінювати** в раціоні свого харчування **найближчим часом**.
 2. **Я маю намір внести зміни в своє харчування впродовж** найближчих 6 місяців – для покращення стану здоров'я та профілактики виникнення захворювань
 3. **Я збираюся запровадити** основні засади здорового харчування у своє життя впродовж наступного місяця
 4. **Я намагаюся дотримуватись** основних засад здорового харчування
 5. **Я дотримуюся** основних засад здорового харчування
24. Визначте з наведеного переліку те, що відповідає Вашому ставленню до підтримання достатнього рівня фізичної активності:
1. **Я не збираюся нічого змінювати** найближчим часом.
 2. **Я маю намір внести зміни** в режим своєї фізичної активності впродовж найближчих 6 місяців – для покращення стану здоров'я та профілактики виникнення захворювань
 3. **Я збираюся запровадити** зміни в режимі своєї фізичної активності впродовж наступного місяця
 4. **Я намагаюся підтримувати** необхідний рівень фізичної активності
 5. **Я підтримую** достатній рівень фізичної активності
25. Визначте з наведеного переліку те, що відповідає Вашому ставленню до тютюнокуріння:
1. **Я не збираюся** припинити тютюнокуріння найближчим часом.
 2. **Я маю намір** позбутися звички тютюнокуріння впродовж найближчих 6 місяців – для покращення стану здоров'я та профілактики виникнення захворювань
 3. **Я збираюся запровадити** позбутися звички тютюнокуріння впродовж наступного місяця
 4. **Я намагаюся** позбутися звички тютюнопаління
 5. **Я не маю звички тютюнокуріння**

Додаток В

Анкета для проведення соціологічного опитування лікарів

Шановний колего! Ви берете участь у соціологічному опитуванні, яке проводиться для удосконалення програми підготовки лікарів в Українській військово-медичній академії щодо питань пацієнт-орієнтованих підходів у лікуванні хворих з мультиморбідністю. Просимо виважено відповісти на питання анкети. Позначте відповіді, що співпадають з Вашою думкою.

*- можливо кілька відповідей на питання. Дякуємо Вам за співпрацю!

№	Питання /відповідь	Так	Ні	якщо запитує
1	Чи обговорюєте Ви з пацієнтом обсяг, мету та варіанти заходів медичної допомоги?			якщо запитує
2	Чи враховуєте Ви погляди і уподобання пацієнта при призначенні обстеження та лікування?	так	ні	не завжди
3	Чи залучаєте Ви пацієнта до спільного прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги без нав'язування йому свого рішення?	так	ні	не завжди
4	Чи повідомляєте Ви пацієнту і чи обговорюєте з ним результати лабораторних та інструментальних обстежень?			якщо запитує
5	Як Ви вважаєте, чи є у пацієнтів потреба більш детально обговорювати с лікарем план лікування та залучатись до прийняття рішення щодо обсягу медичної допомоги?	так	ні	не завжди
6	Чи надаєте Ви емоційну підтримку пацієнту щодо вирішення проблем зі здоров'ям та полегшення тривоги та страху?	так	ні	не завжди
7	Чи заохочуєте Ви пацієнтів до самоконтролю стану здоров'я та результатів лікування – вимірювання тиску, оцінка самоочуття тощо?	так	ні	якщо запитує
8	Чи вважаєте Ви, що одним з основних компонентів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги є полегшення симптомів та підвищення якості життя пацієнта?	так	ні	не завжди
9	Чи розповідаєте Ви пацієнту, з якою метою призначається той або інший препарат планової терапії?	так	ні	якщо запитує
10	Які питання Ви обговорюєте з пацієнтом при призначенні препаратів планової терапії?*			
	1 Потенційну побічну дію препаратів			
	2 Схеми лікування та особливостей прийому препаратів			
	3 Способи нагадування про прийом препаратів			
11	Чи розповідаєте Ви пацієнту, чому важливо приймати препарати, які знижують ризик розвитку ускладнень ІХС (статици, антиагреганти)?			
	1 Так – на кожному прийомі при наданні рекомендацій щодо продовження лікування			
	2 Так – якщо пацієнт запитує, з якою метою призначено той або інший препарат			
	3 Так – у випадку, якщо пацієнт відмовляється приймати ліки			
	4 Ні – є інструкція до препарату, там все викладено			
12	Чи запитуєте Ви у пацієнта, про виконання рекомендацій щодо лікування?			
	1 Так – на кожному прийомі			
	2 Так – але лише у разі недосягнення цільових показників щодо глікемії, АТ, ХС			
	3 Ні			
13	Як Ви вважаєте, які найбільш часті причини невиконання пацієнтом рекомендацій лікаря?*			

	1	Велика кількість препаратів для щоденного прийому
	2	Відсутність у пацієнтів відповідального ставлення до свого здоров'я, забудькуватість
	3	Відсутність усвідомлення пацієнтом позитивних результатів від прийому ліків
	4	Побоювання небажаних ефектів ліків
	5	Фінансові обмеження щодо придбання препаратів
14	Як часто у Вашій практиці пацієнти самостійно припиняють прийом необхідних препаратів?	
	1	Менше ніж 20%
	2	20 - 50 %
	3	Більше ніж 50 %

15	Як Ви вважаєте, чи доцільно провести на кафедрі ВЗП-СМ фахову школу для лікарів «Пацієнт-орієнтований підхід в лікуванні хворих на ІХС з коморбідними станами» ?	
	1	Так
	2	Ні
16	Скільки Вам років?	
17	Скільки років складає стаж Вашої роботи?	
18	Ваша спеціальність?	
19	Ваша категорія	
	1	вища
	2	перша
	3	друга
	4	третя
	5	немає

Додаток Д
Анкета-відгук для лікарів

Шановний колего! Ви берете участь у соціологічному опитуванні, яке проводиться для удосконалення програми післядипломної підготовки лікарів в УВМА щодо фахової школи «Пацієнтоорієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)» Позначте відповіді, що співпадають з Вашою думкою. Дякуємо за співпрацю!

№	Запитання	Варіанти відповіді	
1	Чи сподобався Вам зміст і програма фахової школи «Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)»	Так	1
		Ні	2
		Частково	3
2	Чи отримали Ви корисну інформацію для практичної роботи з матеріалів фахової школи «Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)»	Так	1
		Ні	2
		Частково	3
3	Чи плануєте Ви використовувати в повсякденній роботі пацієнт-орієнтований підхід для оптимізації медичної допомоги військовослужбовцям?	Так	1
		Ні	2
		Частково	3
4	Чи плануєте Ви використовувати в своїй роботі спільне ухвалення рішення з пацієнтом щодо обсягу діагностичних та лікувальних заходів?	Так	1
		Ні	2
		Частково	3
5	Чи отримали Ви корисну інформацію щодо оволодіння технологіями проведення медичного консультування та покращення комунікаційних навичок, як складової пацієнт-орієнтованого підходу?	Так	1
		Ні	2
		Частково	3
6	Чи корисним був для Вас розбір клінічних випадків щодо використання психологічної методики NURSE для засвоєння комунікативних навичок клінічної емпатії?	Так	1
		Ні	2
		Частково	3



Додаток Ж
Інформаційний лист для пацієнта з ішемічною хворобою
серця
«Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль
стану здоров'я»

*І успіх, і неуспіх у лікуванні хвороби потрібно покладати
 як на участь лікаря, так і на участь пацієнта*

Гіппократ

Вельмишановний пацієнт! У Вас діагностовано одне з найбільш поширених в нашому суспільстві захворювань – ішемічну хворобу серця (ІХС). Сучасна медицина має цілий арсенал необхідних методів для лікування та попередження ускладнень цього захворювання, які довели свою ефективність. Лікування має бути тривалим – включає немедикаментозні та медикаментозні методи і, у разі необхідності, проводиться хірургічне втручання. У кожного конкретного пацієнта лікування має певні особливості, з урахуванням загального стану здоров'я, супутніх захворювань та ґрунтується на засадах пацієнт-орієнтованого підходу, який змінює традиційну модель, в якій лікарю надається першочергова роль у прийнятті рішень, на таку, що базується на співпраці пацієнта та медичного персоналу. Партнерські відносини між лікарем і пацієнтом – один з основних принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, який передбачає активну участь пацієнта при прийнятті клінічних рішень щодо обсягу медичних послуг та самоконтролю стану здоров'я. Ви та Ваша участь є таким ж важливими в процесі лікування та профілактиці, як і участь лікаря. Саме через сумісне з лікарем прийняття рішення щодо подальшого лікування та участь у виконанні, погоджених з лікарем заходів щодо корекції способу життя, медикаментозного лікування, самоконтролю стану Вашого здоров'я – запорука успіху лікування.

Інформаційний лист має на меті надати Вам необхідні знання для активного залучення до партнерської участі у процесі лікування та самоконтролі стану здоров'я.

В основі ІХС лежить порушення кровотоку у судинах серця, що призводить до недостатнього кровопостачання серцевого м'яза. Основною причиною ІХС є атеросклероз – накопичення холестерину в стінці судин, що призводить до утворення бляшок та звуження їх діаметру. ІХС - це хронічне захворювання, яке має схильність до прогресування та виникнення ускладнень (інфаркт міокарда, серцева недостатність). Факторами, які впливають на розвиток і прогресування ІХС, є підвищений рівень холестерину в крові, високий артеріальний тиск, тютюнокуріння, нездорове харчування, недостатня фізична активність, надлишкова маса тіла, психоемоційні перевантаження. **Що необхідно знати та робити, щоб зупинити прогресування захворювання та уникнути ускладнень?** Весь алгоритм містить три основні складові:

Модифікація стилю життя та корекція факторів ризику	Медикаментозна терапія	Самодопомога та самоконтроль
---	------------------------	------------------------------

1. Порадьтеся зі своїм лікарем та уточніть, які фактори ризику серцево-судинних захворювань є у Вас і цілеспрямовано працюйте по їх подоланню: артеріальна гіпертензія (тиск $\geq 140/90$ мм рт.ст.); тютюнокуріння (електронні сигарети, системи нагрівання тютюну, сигарети – шкодять здоров'ю, уникайте пасивного тютюнокуріння); ожиріння (а особливо - абдомінальне ожиріння з об'ємом талії у чоловіків ≥ 102 см, у жінок ≥ 88 см), цукровий діабет, дисліпідемія (кожний має знати рівень власного холестерину і особливо ліпопротеїнів низької щільності). Бережіть своє здоров'я: уникайте стресових ситуацій, не допускайте агресивної поведінки, дратівливості, негативних емоцій, будьте доброзичливі, частіше посміхайтесь та не забувайте, що здоровий сон (не менше 8 годин) необхідний засіб уникнення багатьох проблем в психоемоційній сфері. Важливо правильно харчуватись: використовуйте Дієтичні

рекомендації європейського кардіологічного товариства, дотримуйтеся режиму харчування і не переїдайте. Слідкуйте за масою тіла – розрахуйте свій індекс маси тіла: маса (в кг) розділити на зріст (в м) в квадраті. Норма < 25. У разі надлишкової маси тіла, погодьте з лікарем дієту. Важливо мати фізичні (динамічні) навантаження – під час яких не повинно бути задишки та больових відчуттів в ділянці серця. Самий найпростіший вид тренування – ходьба 30 хвилина на добу. Але порадьтеся з лікарем щодо об'єму та виду фізичних навантажень.

2. Медикаментозне лікування. Разом з лікарем Ви складете індивідуальний план лікування. **Надзвичайно важливо використовувати препарати з доведеною ефективністю РЕГУЛЯРНО та ПОСТІЙНО!** По-перше, Ви покращите якість свого життя (через зменшення проявів симптомів захворювання), по-друге – Ви зменшите вірогідність ускладнень. Рекомендовано:

А. Препарати для попередження серцево-судинних ускладнень:

Антитромбоцитарні. Це ацетилсаліцилова кислота (75-150 мг на добу); альтернативою може бути клопідогрель в тих же дозах.

Статини. Довготривалий прийом статинів (симвастатин, розувастатин, аторвастатин та ін.) зменшує ризик серцево-судинних ускладнень на 1/3. Оскільки Вам встановлено діагноз ІХС, Ваш цільовий рівень ліпопротеїну низької щільності повинен бути не вище 1,8 ммоль/л.

Б. Препарати, направлені на зменшення клінічних проявів захворювання (антиішемічні):

Бета-адреноблокатори: зменшуючи частоту серцевих скорочень, скоротливість міокарда вони зменшують потребу міокарда в кисні (білопролол, карведілол тощо).

Блокатори кальцієвих каналів. Серед них є ті, які зменшують частоту серцевих скорочень (верапаміл, ділтіазем), а отже і зменшують потребу міокарда в кисні. А також ті препарати, які розширюють артеріальні судини та зменшують артеріальний тиск (амлодипін, леркадипін тощо)

Нітрати – розширюють судини, призводять до покращення кровопостачання серцевого м'язу. Лікарем можуть бути призначені **інші препарати** – молсидомін, івабрадин, триметазидин тощо.

3. Самодопомога та самоконтроль.

А. Самостійні дії для попередження ускладнень і прогресування ІХС

1. При нападі стенокардії. Дуже важливо знати, як правильно надати самодопомогу. Завжди при собі майте нітрогліцерин в таблетках або спреї (він діє швидше). Завчасно перевіряйте термін придатності препаратів та оновлюйте за необхідністю. Знайте, що нітрогліцерин можна використовувати з метою профілактики розвитку нападів стенокардії: при запланованій фізичній активності, після прийому їжі, при емоційному стресі, перед заняттям сексом, у холодну погоду та ін. Якщо виник напад - сядьте, візьміть 1 таблетку нітрогліцерину під язик (або використайте спреї). Якщо через 5 хвилин біль за грудиною не пройшов, можна прийняти ще одну таблетку і, у разі потреби, через 5 хвилин ще одну. Якщо біль триває понад 20 хвилин і не проходить після прийому 3-х таблеток нітрогліцерину, потрібно негайно викликати швидку медичну допомогу! Не треба терпляче чекати самостійного зникнення болю! Своєчасне звернення за медичною допомогою допоможе зберегти Ваше життя! Якщо Ви не приймали в цей день ацетилсаліцилову кислоту – необхідно терміново розжувати 1 таблетку – це важливий засіб профілактики інфаркту міокарда! Запам'ятайте, що валідол не є замінником нітрогліцерину і його не доцільно використовувати для зняття нападу стенокардії.

2. Намагайтесь дотримуватись здорового способу життя та уникайте шкідливих звичок

3. Виконуйте, погоджені з лікарем, рекомендації щодо прийому медикаментозних препаратів.

Б. Самоконтроль та самооцінка стану здоров'я та перебігу ІХС

Порадьтесь зі своїм лікарем та уточніть, які показники стану здоров'я Ви самостійно зможете контролювати. Важливими для хворих на ІХС є такі показники: частота серцевих скорочень, рівень артеріального тиску, вага тіла, кількість нападів стенокардії та інші, з урахуванням наявних у Вас супутніх захворювань. Ви можете вести щоденник самоконтролю письмово, або за допомогою електронних пристроїв (або програм в смартфонах).

В. Самоконтроль виконання, погоджених Вами з лікарем, рекомендацій щодо корекції факторів ризику і прийому медикаментозного препаратів.

Розкладіть таблетки в таблетницю-органайзер на кожний день тижня або ведіть щоденник самоконтролю. Крім того, є сучасні зручні додатки в смартфоні, наприклад MyTherapy, Medisafe, Мої таблетки Light та інші, які нагадають про необхідність прийому таблеток, а також те, що ліки закінчуються і необхідно придбати нову упаковку. Постійний режим прийому препаратів надзвичайно важливий! Не можна самостійно відмінити лікування.

Тільки у співробітництві з лікарем, якому довіряєте, при виконанні погоджених рекомендацій щодо корекції факторів ризику і прийому медикаментозного препаратів, можна досягти успіху у лікуванні такого хронічного захворювання, як ІХС! Спілкуйтесь з лікарем! Сумісно узгоджуйте індивідуальний план з профілактики та лікування! Дослухайтесь порад). **Бажаємо здоров'я!**

Рекомендації підготовлено співробітниками кафедри військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії: д.мед.н., доц. Ткачук І.М., викладачем Соколюк А.К.

Додаток 3

Анкета-відгук щодо інформаційного листа

«Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я»

1. Чи отримали Ви нову, корисну інформацію в процесі ознайомлення з інформаційним листом ?	так	ні
2. Чи достатньо зрозуміло була викладена інформація?	так	ні
3. Чи змінилося Ваше ставлення до лікування та виконання рекомендацій лікаря після ознайомлення з інформаційним листом?	так	ні
	частково	
4. Чи плануєте Ви запровадити запропоновані рекомендації у життя?	так	ні
	частково	
5. Чи готові Ви до більш активної участі у самоконтролі стану Вашого здоров'я та участі у процесі прийняття рішень щодо лікування?	так	ні
	Важко визначитись	
6. Ваш вік		

Додаток К

Картка експертного опитування

З метою удосконалення організації медичної допомоги військовослужбовцям запропоновано функціонально-організаційну пацієнт-орієнтовану модель медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями. Просимо Вас взяти участь у експертному опитуванні, метою якого є прогностична оцінка ефективності запропонованої моделі.

Інформаційне забезпечення експерта: стаття «Наукове обґрунтування оптимізованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця», стаття «Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування».

Інформована згода експерта Експерт № _____

П.І.Б. _____

Посада _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

Стаж роботи _____

Я поінформований, мені зрозумілі мета і завдання даного експертного опитування, яке підтримую та підтверджую своїм особистим підписом: _____

Дата _____

Питання до експерта:

Поставте відмітку (обведіть) варіант відповідей з позиції:

0 - фактор не впливає

1 – слабкий вплив

2 – помірний вплив

3 - значний вплив

4– сильний вплив

5– дуже сильний вплив

1. На Вашу думку, чи буде мати впровадження пацієнт-орієнтованого підходу позитивний вплив на організацію медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями в амбулаторно-поліклінічних умовах?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2. На Вашу думку, залучення військовослужбовців, хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями до партнерської участі в процесі лікування дозволить підвищити прихильність пацієнтів та ефективність лікування?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

3. На Вашу думку, впровадження удосконаленої функціонально-організаційної пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідними захворюваннями:

А. Буде мати економічний ефект?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Б. Вплине на покращення поінформованості військових лікарів щодо спільного прийняття рішення як складової пацієнт-орієнтованої медичної допомоги?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

В. Вплине на досягнення цільових значень артеріального тиску, холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих на ІХС з коморбідними захворюваннями?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Дякуємо за співучасть у роботі!

Додаток Л

Список публікацій здобувача за темою дисертації та відомості про апробацію результатів дисертації

В яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Комплексний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу протягом 2016-2020 років / Ткачук І. М., **Соколюк А. К.**, Туан Лінь Т. Ч., Латишенко С. В. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 1. Т.3. С. 19-25. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-019](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-019)
2. Прихильність до лікування військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця / Куц Т. В., Мороз Г.З., Казмірчук А. П., Ткачук І. М., **Соколюк А. К.** *Український журнал військової медицини*. 2022. № 2. Т.3. С. 129-136. DOI: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2\(3\)-129](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.2(3)-129)
3. **Соколюк А. К.**, Ткачук І. М., Ткаленко О. М. Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (3). С. 132-140. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-132](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-132)
4. Ткачук І. М., **Соколюк А. К.** Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 4. С. 100-108. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-100](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-100)
5. Аналіз поширеності коморбідної патології у військовослужбовців з ішемічною хворобою серця, які перенесли гострий інфаркт міокарда / **Соколюк А.К.** та ін. *Art of Medicine*. 2022. № 3 (23). С. 111-116. DOI: 10.21802/artm.2022.3.23.111
6. **Соколюк А. К.**, Ткаленко О. М., Ткачук І. М. Наукове обґрунтування пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця. *Український журнал військової медицини*. 2023. № 1. Т.4. С. 127-139. DOI: 10.46847/ujmm.2023.1(4)-127

7. Patient-centered care and self-management opinion of military personnel with coronary artery disease / Galina Moroz, Taras Kutch, Iryna Tkachuk, **Anastasiya Sokoluk**, Olexandr Tkalenko. *Wiadomości Lekarskie Medical Advances*. 2023. Vol. 76 (7). P. 1594-1599. DOI: 10.36740/WLek202307112

Які засвідчують апробацію результатів дисертації:

8. Куц Т. В., Ткачук І. М., **Соколюк А. К.** Сучасні підходи до профілактики серцево-судинних захворювань: роль військового лікаря загальної практики. *Український журнал військової медицини*. 2021. № 3. Додаток. 2. С. 41. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/20/78>

9. Пациент-ориентированный поход как ключевой элемент качества работы врачей общей практики/ Куц Т. В., Мороз Г.З., Ткачук И. М., **Соколюк А. К.** The second Karabakh war as a new generation warfare the proceedings of the international scientific-practical conference dedicated to the anniversary of the victory achieved in the 44 day patriotic war. Baku, Azerbaijan. October 21–22, 2021. P 370.

10. **Соколюк А. К.**, Ткачук І. М., Безклинська. О. З. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу на амбулаторному етапі в умовах воєнного часу. *Український журнал військової медицини*. 2022. № 3 (3). Додаток. С. 132-140. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/issue/view/25>

351. 11. **Соколюк А. К.**, Ткачук І. М. Поширеність коморбідних захворювань у військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли інфаркт міокарда. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 22. Т. 4. С. 112. URL: <https://cp-medical.com/index.php/journal/article/download/238/208>

12. **Соколюк А. К.**, Мороз Г. З., Ткачук І. М. Використання навчальних тренінгів та впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги в роботу військових лікарів загальної практики-сімейної медицини. Забезпечення якості освіти у вищій медичній школі: наук.-метод. міжуніверситет. конф. з міжнар. участю. Одеса, 18–20 січня 2023 року :

матеріали конф. / за ред. д. мед. н., проф. В. Г. Марічереда. [Електронне видання]. Одеса: ОНМедУ, 2023. С. 376-378.

13. Удосконалення комунікативних навичок військових лікарів та впровадження пацієнт-орієнтованої моделі надання медичної допомоги на сучасному етапі / Мороз Г. З, Ткаленко О. М, Ткачук І. М, **Соколюк А. К.** 2nd International Scientific and Practical Internet Conference "Importance of Soft Skills for Life and Scientific Success". Dnipro, Ukraine, 2023. International Electronic Scientific and Practical Journal "WayScience". С.86-87. <http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2023/03/Conference-Proceedings-March-9-10-2023-1.pdf>

14. **Соколюк А. К.**, Ткаленко О. М., Ткачук І. М. Удосконалення підготовки військових лікарів з питань пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. Сучасні тенденції та перспективи розвитку вищої медичної (фармацевтичної) освіти в Україні: матеріали ХХ Всеукраїнської науково-практичної конференції в онлайн-режимі за допомогою платформи Microsoft Teams (Тернопіль, 18-19 травня 2023 року) / Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль, 2023. С. 192-193.

15. **Соколюк А. К.** Основні елементи пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги військовослужбовцям, хворим на ішемічну хворобу серця з комор бідною патологією Науково-практична конференція молодих вчених Української військово-медичної академії «Актуальні аспекти військової охорони здоров'я – наукові досягнення молоді» 18-19 травня 2023 року: Тези доповідей Ч.ІІ. К: УВМА, 2023 С. 148-151.

Додаток М

Акти впровадження

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Української військово-медичної академії
бригадний генерал медичної служби

В.Л. Савицький

2022 р.



Акт впровадження інновації в навчальний процес Української військово-медичної академії

1. **Назва пропозиції** Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців.
2. **Джерело інформації та вид інновації** Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М. Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. 3 (3) С. 132-140.
3. **Автори інновації** Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М.
4. **Установа-розробник:** Українська військово-медична академія.
5. **Назва наукової установи, у якій впроваджено:** Українська військово-медична академія.
6. **Назва структурного підрозділу:** Кафедра військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії.
7. **Термін впровадження:** листопад 2022 р. – лютий 2023 р.
8. **Види навчальних занять, в ході яких викладено відповідну інформацію:** лекції, семінарські заняття, практичні заняття.
9. **Контингент слухачів:** слухачі факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації.
10. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Начальник кафедри військової загальної практики – сімейної медицини
полковник медичної служби

Т.В. Куц

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Української військово-медичної академії
бригадний генерал медичної служби

В.Л. Савицький

“ 2023 р.

**Акт впровадження****інновації в навчальний процес Української військово-медичної академії**

1. Назва пропозиції Інформаційний лист для пацієнта з ішемічною хворобою серця «Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров'я»

2. Джерело інформації та вид інновації Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. Український журнал військової медицини. 2022. № 4. С. 100-109.

3. Автори інновації Соколюк А.К., Ткачук І.М.

4. Установа-розробник: Українська військово-медична академія.

5. Назва наукової установи, у якій впроваджено: Українська військово-медична академія.

6. Назва структурного підрозділу: Кафедра військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії.

7. Термін впровадження: листопад 2022 р. – лютий 2023 р.

8. Види навчальних занять, в ході яких викладено відповідну інформацію: лекції, семінарські заняття, практичні заняття.

9. Контингент слухачів: слухачі факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації.

10. Зауваження, пропозиції: Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Начальник кафедри військової загальної практики-сімейної медицини
полковник медичної служби

Т.В. Куц

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Української військово-медичної академії
бригадний генерал м/с



Валерій САВИЦЬКИЙ
_____ 2023 р.

**Акт впровадження
інновації в навчальний процес Української військово-медичної академії**

- 1. Назва пропозиції** Запровадження фахової школи для лікарів «Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)».
- 2. Джерело інформації та вид інновації** Робоча програма фахової школи для лікарів «Пацієнт-орієнтований підхід в амбулаторній практиці (хворі на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією)».
- 3. Автори інновації** Куц Т.В., Ткаленко О.М., Мороз Г.З., Ткачук І.М., Соколюк А.К.
- 4. Установа-розробник:** Українська військово-медична академія.
- 5. Назва наукової установи, у якій впроваджено:** Українська військово-медична академія.
- 6. Назва структурного підрозділу:** Кафедра військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії.
- 7. Термін впровадження:** 11.05.23-12.05.23 р.
- 8. Види навчальних занять, в ході яких викладено відповідну інформацію:** лекції, семінарські заняття, семінар-практикум.
- 9. Контингент слухачів:** 65 слухачів факультету перепідготовки та підвищення кваліфікації.
- 10. Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Начальник кафедри військової загальної практики-сімейної медицини
полковник медичної служби

Тарас КУЦ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"
генерал-майор медичної служби

А.П. КАЗМІРЧУК

" 06 " березня 2023 р.



**Акт впровадження
інновації в практичну роботу
Клініки амбулаторної допомоги НВМКЦ "ГВКГ"**

1. **Назва пропозиції** Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців.
2. **Джерело інформації та вид інновації** Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М. Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. 3 (3) С. 132-140.
3. **Автори інновації** Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М.
4. **Установа-розробник:** Українська військово-медична академія.
5. **Назва закладу охорони здоров'я, в якому впроваджено:** Національний військово-медичний клінічний центр "Головний військовий клінічний госпіталь".
6. **Назва структурного підрозділу:** Клініка амбулаторної допомоги.
7. **Термін впровадження:** березень-квітень 2023 року.
8. **Загальна кількість спостережень:** 35 військовослужбовців Збройних Сил України.
9. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Начальник клініки амбулаторної допомоги

Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"

полковник медичної служби

С.В. АГРЕПИШИН

ЗАТВЕРДЖУЮНачальник Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"
генерал-майор медичної служби

А.П. КАЗМІРЧУК

" 27 " 03 2023 р.

**Акт впровадження
інновації в практичну роботу
Клініки амбулаторної допомоги НВМКЦ "ГВКГ"**

1. Назва пропозиції запровадження інформаційного листа "Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я" з метою удосконалення медичної допомоги хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією.

2. Джерело інформації та вид інновації інформаційний лист "Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я" (Ткачук, І. М., & Соколюк, А. К. (2022). Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. *Український журнал військової медицини*, 3 (4), 100-108. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-100](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-100)).

3. Автори інновації Ткачук І. М., Соколюк А.К..

4. Установа-розробник: Українська військово-медична академія.

5. Назва закладу охорони здоров'я, в якому впроваджено: Національний військово-медичний клінічний центр "Головний військовий клінічний госпіталь".

6. Назва структурного підрозділу: Клініка амбулаторної допомоги.

7. Термін впровадження: березень-квітень 2023 року.

8. Загальна кількість спостережень: 35 військовослужбовців Збройних Сил України.

9. Зауваження, пропозиції: Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Начальник клініки амбулаторної допомоги

Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"

полковник медичної служби

С.В. АГРЕПИШИН

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"
генерал-майор медичної служби



А.П. КАЗМІРЧУК

"06" _____ 2023 р.

**Акт впровадження
інновації в практичну роботу
лікувально-профілактичного відділу (медичної допомоги
військовослужбовцям структурних підрозділів МОУ та ГШ ЗС України)
НВМКЦ "ГВКГ"**

1. Назва пропозиції Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців.

2. Джерело інформації та вид інновації Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М. Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. 3 (3) С. 132-140.

3. Автори інновації Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М.

4. Установа-розробник: Українська військово-медична академія.

5. Назва закладу охорони здоров'я, в якому впроваджено: Національний військово-медичний клінічний центр "Головний військовий клінічний госпіталь".

6. Назва структурного підрозділу: Лікувально-профілактичний відділ (медичної допомоги військовослужбовцям структурних підрозділів МОУ та ГШ ЗС України).

7. Термін впровадження: березень-квітень 2023 року.

8. Загальна кількість спостережень: 30 військовослужбовців Збройних Сил України.

9. Зауваження, пропозиції: Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Начальник лікувально-профілактичного відділу
(медичної допомоги військовослужбовцям
структурних підрозділів МОУ та ГШ ЗС України)
Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"
полковник медичної служби

А.А. КОСТЮЧЕНКО

ЗАТВЕРДЖУЮ

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"
генерал-майор медичної служби



А.П. КАЗМІРЧУК

2023 р.

**Акт впровадження
інновації в практичну роботу
лікувально-профілактичного відділу (медичної допомоги
військовослужбовцям структурних підрозділів МОУ та ГШ ЗС України)
НВМКЦ "ГВКГ"**

1. Назва пропозиції запровадження інформаційного листа "Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я" з метою удосконалення медичної допомоги хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією.

2. Джерело інформації та вид інновації інформаційний лист "Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров'я" (Ткачук, І. М., & Соколюк, А. К. (2022). Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. *Український журнал військової медицини*, 3 (4), 100-108. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-100](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-100)).

3. Автори інновації Ткачук І. М., Соколюк А.К..

4. Установа-розробник: Українська військово-медична академія.

5. Назва закладу охорони здоров'я, в якому впроваджено: Національний військово-медичний клінічний центр "Головний військовий клінічний госпіталь".

6. Назва структурного підрозділу: Лікувально-профілактичний відділ (медичної допомоги військовослужбовцям структурних підрозділів МОУ та ГШ ЗС України).

7. Термін впровадження: березень-квітень 2023 року.

8. Загальна кількість спостережень: 30 військовослужбовців Збройних Сил України.

9. Зауваження, пропозиції: Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:
Начальник лікувально-профілактичного відділу
(медичної допомоги військовослужбовцям
структурних підрозділів МОУ та ГШ ЗС України)
Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ"
полковник медичної служби

А.А. КОСТЮЧЕНКО



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ВМФК
ім. акад. Д.К. Заболотного
Іван АНДРІСВСЬКИЙ

04 04 2023 р.

**Акт впровадження
інновації в навчальний процес Вінницького медичного фахового
коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного.**

1. Назва пропозиції Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців.

2. Джерело інформації та вид інновації Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М. Комплексний аналіз показників захворюваності на хвороби системи кровообігу військовослужбовців Збройних Сил України. *Український журнал військової медицини*. 2022. 3 (3) С. 132-140.

3. Автори інновації Соколюк А.К., Ткачук І.М., Ткаленко О.М.

4. Установа-розробник: Українська військово-медична академія.

5. Заклад освіти, в якій впроваджено: ВМФК ім. акад. Д.К. Заболотного.

6. Назва структурного підрозділу: Навчально-методичний кабінет ВМФК ім. акад. Д.К. Заболотного.

7. Термін впровадження: лютий – березень 2023 р.

8. Види навчальних занять, в ході яких викладено відповідну інформацію: лекції, семінарські заняття, практичні заняття.

9. Контингент слухачів: студенти коледжу ВМФК ім. акад. Д.К. Заболотного.

10. Зауваження, пропозиції: Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:
Заступник директора з навчальної роботи

Оксана ЛАМШЧУКА



**Акт впровадження
інновації в практичну роботу
медичної роти в/ч А 2167**

1. Назва пропозиції запровадження інформаційного листа “Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров’я” з метою удосконалення медичної допомоги хворим на ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією.

2. Джерело інформації та вид інновації інформаційний лист “Партнерська участь в процесі лікування ішемічної хвороби серця та самоконтроль стану здоров’я” (Ткачук, І. М., & Соколюк, А. К. (2022). Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. *Український журнал військової медицини*, 3 (4), 100-108. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4\(3\)-100](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.4(3)-100)).

3. Автори інновації Ткачук І. М., Соколюк А.К..

4. Установа-розробник: Українська військово-медична академія.

5. Назва установи, у якій впроваджено: в/ч А2167

6. Назва структурного підрозділу: медична рота в/ч А2167

7. Термін впровадження: лютий-березень 2023 року.

8. Загальна кількість спостережень: 35 військовослужбовців Збройних Сил України.

9. Зауваження, пропозиції: Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Командир медичної роти в/ч А2167
капітан медичної служби

Л.ФЕДОТОВА



ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ВМФК
ім. акад. Д.К. Заболотного
Іван АНДРІЄВСЬКИЙ

04 2023 р.

**Акт впровадження
інновації в навчальний процес Вінницького медичного фахового
коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного.**

1. Назва пропозиції Інформаційний лист для пацієнта з ішемічною хворобою серця «Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров'я»

2. Джерело інформації та вид інновації Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування. Український журнал військової медицини. 2022. № 4. С. 100-109.

3. Автори інновації Соколюк А.К., Ткачук І.М.

4. Установа-розробник: Українська військово-медична академія.

5. Заклад освіти, в якій впроваджено: ВМФК ім. акад. Д.К. Заболотного.

6. Назва структурного підрозділу: Навчально-методичний кабінет ВМФК ім. акад. Д.К. Заболотного.

7. Термін впровадження: лютий – березень 2023 р.

8. Види навчальних занять, в ході яких викладено відповідну інформацію: лекції, семінарські заняття, практичні заняття.

9. Контингент слухачів: студенти коледжу ВМФК ім. акад. Д.К. Заболотного.

10. Зауваження, пропозиції: Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:
Заступник директора з навчальної роботи

Оксана ЛАМІШЦЬКА

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор закладу вищої освіти

з наукової роботи

ВНМУ ім. М.І. Пирогова

Олег ВЛАСЕНКО



«12» 03 2023 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Партнерська участь у процесі лікування та самоконтроль стану здоров'я».
2. **Ким запропоновано:** Кафедра військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії 01015 м. Київ, вул. Князів Острозьких 45/1 корпус 33.
3. **Автори:** Соколюк А.К., Ткачук І.М.
4. **Джерело інформації:** Соколюк А.К., Ткачук І.М. Залучення військовослужбовців, хворих на ішемічну хворобу серця, до партнерської участі в процесі лікування // Український журнал військової медицини. 2022. №4(Т.3) С. 100-109. DOI:10.46847/ujmm.2022.4(3)-100.
5. **Де впроваджено:** У навчальний процес кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
6. **Термін впровадження** з грудня 2022 р.
7. **Впровадження в навчальний процес** результатів досліджень авторів Соколюк А.К., Ткачук І.М., допомагає підвищити рівень практичних знань студентів V – VI курсів щодо збільшення прихильності хворих на ішемічну хворобу серця відносно контролю стану власного здоров'я з оцінкою власних антропометричних показників, оцінки рівню загального холестерину і глюкози та важливості дотримання запропонованого лікування.
8. **Зауваження, пропозиції:** відсутні.

Зав. кафедри внутрішньої та сімейної медицини

Ірина ПАЛІЙ

«14» 03 2023 р.