

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**VIII Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Полтавські дні громадського
здоров'я»
30 травня 2025 року**



**ПОЛТАВА
2025**

УДК 614-027.555(075)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Бєлікова І. В., Краснова О. І.**

«Полтавські дні громадського здоров'я»: VIII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2025; Полтава).

Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 30 травня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2025. – 303 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні в мирний час та під час військового стану, роботі фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування

УДК 614-027.555(075)

©Полтавський державний медичний університет, 2025

ДИНАМІКА НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З МОЗКОВИМИ ІНСУЛЬТАМИ ПІД ЧАС СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ В ВОЄННИЙ ПЕРІОД

Прокопів М.М., Окунєва С.-М.С.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вступ. Цереброваскулярні хвороби та мозкові інсульти (МІ) відносяться до соціально-значущих хвороб із високим рівнем летальності [1,2]. В період війни проти російської воєнної агресії підвищився рівень захворювання населення на МІ [3]. Для забезпечення ефективного лікування пацієнтів важливим клініко-організаційним етапом є дослідження та прогнозування несприятливих наслідків перебігу гострого періоду мозкових інсультів [4].

Мета: Дослідити динаміку неврологічного стану пацієнтів з мозковими інсультами за період їх стаціонарного лікування в період війни проти російської воєнної агресії.

Матеріали та методи. *Матеріали:* результати обстеження з використанням стандартизованих шкал 252 пацієнтів із ішемічним (ІІ) та 67 із геморагічним (ГІ) інсультом. *Методи:* бібілосемантичний, клінічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати

В гострому періоді МІ пацієнтам була проведена оцінка порушення свідомості та важкості коми (шкала Глазго), стану тяжкості інсульту (шкала NIHSS), визначено функціональний стан хворих (Barthel ADL Index) та проведена оцінка недієздатності і активності у щоденному житті (модифікована шкала Ренкіна). Отримані результати представлені в табл. 1.

**Показники шкальної оцінки стану пацієнтів в перший день
госпіталізації, Me (QI – QIII)**

Показник	Ish (n=252)	Gem (n=67)	p
Шкала Глазго	14 (10,0 – 15,0 %)	11 (9,0 – 14,0%)	<0.001
Шкала NIHSS	12.5 (7,0 – 19,5%)	16 (12,25 – 20,75%)	<0.001
Шкала Бартел	50 (25,0 – 70,0%)	35 (15,0 – 52,5%)	0.001
Модифікована шкала mRS	5 (3,0 – 5,0%)	5 (4,0 – 5,0%)	0.005

Примітка: порівняння проводилося за критерієм Манна-Уїтні.

Аналіз представлених у табл. 1 результатів вказує на наступне. В перший день госпіталізації стан пацієнтів із ГІ був важчим ($p < 0.01$ за всіма показниками), ніж у пацієнтів із ІІ. Рівень порушення свідомості у даних пацієнтів коливався від сопору до легкого оглушення і в середньому відповідав глибокому оглушенню, в той час як у пацієнтів з ІІ свідомість у середньому відповідала рівню легкого оглушення. При цьому у половини пацієнтів вона не була порушена ($p < 0.001$). Тяжкість МІ, що визначалася за результатами шкали NIHSS у пацієнтів з ГІ в середньому відповідала тяжкому інсульту, з коливанням балів від інсульту середньої тяжкості до дуже тяжкого інсульту. В той час як ступінь порушення неврологічних функцій у пацієнтів з ІІ був легшим та в середньому відповідав МІ середньої тяжкості, з коливанням від середньої тяжкості до тяжкого інсульту ($p < 0.001$). Слід зазначити, що в жодній із підгруп досліджуваної групи не було пацієнтів, що мали б менше 5 балів шкалою NIHSS та могли бути оцінені як пацієнти з легким інсультом. Оцінка за шкалою функціональної активності у повсякденному житті за індексом Бартел показала, що пацієнти обох підгруп мали виражену залежність від оточуючих, яка в рекомендаціях визначається у 21-60 балів. Також слід зазначити, що у пацієнтів з ГІ середній рівень оцінки за даним індексом становив 35 балів (з коливаннями

від 15.0 до 52.5 балів), що відповідає тяжкій інвалідності та залежності від сторонньої допомоги. У даній підгрупі було 28,4% пацієнтів з повною залежністю від оточуючих, нетриманням сечі та калу. При порівнянні підгрупи пацієнтів з ГІ з підгрупою з ІІ видно, що у першій підгрупі даний показник був значно нижчим, ніж у пацієнтів з ІІ, де він становив 50 балів (25.0 – 70.0 балів), ($p=0,001$). Оцінка прогнозу інвалідизації за результатами модифікованої шкали Ренкіна показала, що у пацієнтів обох підгруп була наявна тяжка функціональна неспроможність. Середні значення відповідали 5 балам, але з мінімальним “розмахом” 4-5 балів у пацієнтів з ГІ та дещо більшим (3-5 балів) у разі ІІ ($p=0.005$). Таким чином, всі пацієнти з ГІ мали важку функціональну неспроможність з потребою у сторонньому нагляді та увазі, в той час як четверта частина пацієнтів з ІІ мали збережену здатність ходити без сторонньої допомоги та потребували деякої сторонньої допомоги.

Всі пацієнти отримували лікування, що відповідало чинному Уніфікованому клінічному протоколу медичної допомоги «Ішемічний інсульт», затвердженому Наказом МОЗ України від 03.08.2012 року №602 та Стандартам медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі», затвердженим 05.01.2022 року, а також Локальним протоколам, що були затверджені у лікарні. За час лікування 69 (27,5%) пацієнтів з ІІ та 31(46,3%) з ГІ померло.

Далі, відповідно до програми дослідження, було проведено обстеження пацієнтів в останній день госпіталізації.

Аналіз результатів дослідження вказує на те, що в останній день госпіталізації стан пацієнтів із ГІ був важчим за всіма показниками ($p<0.001$), ніж у пацієнтів із ІІ. Для порівняння, рівень свідомості (шкала Глазго) в обох підгрупах коливався від коми 3 ступеню (4 бали) до ясної свідомості (15 балів), середні показники у разі ІІ становили 15 балів (ясна свідомість) та у разі ГІ – 10,5 (сопор). Тяжкість МІ (шкала NIHSS) теж мала значну різницю і коливалася від 4 до 18 балів у разі ІІ та від 9,250 до 21,750 балів у разі ГІ. Середні значення становили у підгрупах 7 та 15 балів (

$p < 0.001$) і відповідали інсультам середнього ступеню тяжкості та тяжкому інсульту. У підгрупі ГІ на останній день перебування у стаціонарі знаходилися пацієнти з тяжким неврологічним дефіцитом та не було жодного з легким інсультом. Проведена оцінка за індексом Бартел показала, що пацієнти підгрупи з ГІ мали у середньому виражену (45 балів) активність, а підгрупи з П – помірну (70 балів) при $p = 0,006$. Її коливання у разі ГІ були від помірної активності до повної залежності від оточуючих, в той час як у пацієнтів з П бали оцінювання були вищими, але відповідали таким же ступеням спроможності. Жоден з пацієнтів обох груп не був настільки активним, щоб повністю самостійно функціонувати. Рівень інвалідизації (шкала Ренкіна) теж коливався у досліджуваних підгрупах і в середньому становив 5 балів у підгрупі з ГІ та 3 бали – П ($p < 0.001$). У кожній з підгруп були пацієнти що померли, однак у підгрупі П були хворі, які, маючи легкі порушення життєдіяльності, могли самостійно себе обслуговувати, в той час як у підгрупі з ГІ найкращими показниками була здатність при сторонній мінімальній допомозі виконувати певну частину догляду за собою, однак вони потребували цілодобового нагляду і допомоги та не ходили самостійно. Такий детальний аналіз результатів дослідження за всіма шкалами дослідження підкреслив тяжкість наявного у всіх пацієнтів захворювання, що дає тяжкі наслідки.

Висновки. Отримані в ході дослідження дані про динаміку неврологічного стану пацієнтів з мозковими інсультами під час стаціонарного лікування є прогностичними чинниками можливості розвитку несприятливих наслідків перебігу гострого періоду мозкових інсультів.

Список використаних джерел:

1. Прокопів М.М., Окунєва С-М. С. Епідеміологія мозкових інсультів серед дорослого населення м. Києва у довоєнний період та під час війни проти російської воєнної агресії. Сучасні медико-демографічні проблеми України та шляхи їх вирішення: колективна монографія / за заг. ред. проф.

І.С. Миронюка та проф. Г.О. Слабкого. – Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2025. С. 139-142

2. Захворюваність мозковим інсультом в Україні: https://zn.ua/ukr/UKRAINE/zahvoryuvanist-mozkovim-insultom-v-ukrayini-standovit-280-290-vipadkiv-na-100-tis-naselennya-292336_.html

3. Окунєва С.-М.С, Прокопів М.М. Аналіз впливу воєнних подій на мозкові інсульти та фактори ризику їх розвитку (огляд літератури) Український неврологічний журнал. 2023, №1-4, С.10-16

4. Окунєва С.-М.С, Прокопів М.М. Аналіз та прогнозування несприятливих наслідків перебігу гострого періоду мозкових інсультів під час воєнного стан. Український неврологічний журнал, 2025, №1, С.28-35

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІШАНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Тарасенко К.В., Давиденко А.В., Осипенко Є.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Вступ.

Трансформація освіти в Україні, що розпочалася ще до повномасштабного вторгнення, набула особливої актуальності в умовах воєнного стану. Пандемія коронавірусної хвороби з 2019 року вже спричинила широке використання технологій змішаного та дистанційного навчання в закладах вищої освіти. З початком повномасштабної війни в Україні освітній процес зіткнувся з новими, безпрецедентними викликами. Багато навчальних закладів були змушені перейти на дистанційне та змішане (гібридне) навчання. Цей перехід часто описується як "вимушене змішане навчання", що підкреслює необхідність швидкої адаптації освітньої системи до непередбачуваних кризових обставин. Ці надзвичайні умови вимагають переосмислення та адаптації освітнього процесу, тому перехід до змішаної форми навчання розглядається як найбільш доцільний. Змішана форма навчання визнається передовою освітньою технологією та важливим