



International Science Group

ISG-KONF.COM

XI

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
"INTEGRATION OF SCIENCE AS A MECHANISM OF
EFFECTIVE DEVELOPMENT"**

Helsinki, Finland

November 28 - December 01, 2023

ISBN 979-8-89238-623-4

DOI 10.46299/ISG.2023.2.11

INTEGRATION OF SCIENCE AS A MECHANISM OF EFFECTIVE DEVELOPMENT

Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference

Helsinki, Finland
November 28 - December 01, 2023

UDC 01.1

The 11th International scientific and practical conference “Integration of science as a mechanism of effective development” (November 28 - December 01, 2023) Helsinki, Finland. International Science Group. 2023. 475 p.

ISBN – 979-8-89238-623-4

DOI – 10.46299/ISG.2023.2.11

EDITORIAL BOARD

<u>Pluzhnik Elena</u>	Professor of the Department of Criminal Law and Criminology Odessa State University of Internal Affairs Candidate of Law, Associate Professor
<u>Liudmyla Polyvana</u>	Department of Accounting and Auditing Kharkiv National Technical University of Agriculture named after Petr Vasilenko, Ukraine
<u>Mushenyk Iryna</u>	Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Mathematical Disciplines, Informatics and Modeling. Podolsk State Agrarian Technical University
<u>Prudka Liudmyla</u>	Odessa State University of Internal Affairs, Associate Professor of Criminology and Psychology Department
<u>Marchenko Dmytro</u>	PhD, Associate Professor, Lecturer, Deputy Dean on Academic Affairs Faculty of Engineering and Energy
<u>Harchenko Roman</u>	Candidate of Technical Sciences, specialty 05.22.20 - operation and repair of vehicles.
<u>Belei Svitlana</u>	Ph.D., Associate Professor, Department of Economics and Security of Enterprise
<u>Lidiya Parashchuk</u>	PhD in specialty 05.17.11 "Technology of refractory non-metallic materials"
<u>Levon Mariia</u>	Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Scientific direction - morphology of the human digestive system
<u>Hubal Halyna Mykolaiivna</u>	Ph.D. in Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor

37.	Біловол А.М., Бойко І.С. РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО АЛЕРГІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ	196
38.	Доценко М.Я., Шехунова І.О., Подсєвахіна С.Л., Герасименко Л.В., Яценко О.В. ФОРМУВАННЯ ДІАГНОЗУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: ПОТРЕБИ РУТИННОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ	198
39.	Ковальчук С.В., Ковальова Г.С., Древаль М.В. АДРЕНАЛІНОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ СЕРЕД МОЛОДІ У ПРИФРОНТОВИХ ЗОНАХ	203
40.	Лахтін Ю.В., Данілішин І.В. ПРОНИКНІСТЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА ПІД ДІЄЮ ПОСТІЙНОГО ЕЛЕКТРИЧНОГО СТРУМУ	206
41.	Марченко А.І. ЗНАЧЕННЯ SOFT SKILLS ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ У ВИВЧЕННІ ФАРМАКОЛОГІЇ, ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО/ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА	208
42.	Сухін Ю.В., Топор В.П., Павличко Ю.Ю., Бутенко Л.Л., Логай В.А. ЗАСТОСУВАННЯ ОДНОПОЛЮСНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ БАГАТОФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ	212
PEDAGOGY		
43.	Dzhakupova Z.E., Berkinbay Z.S. TAKING INTO ACCOUNT THE LEARNING OUTCOMES OF STUDENTS IN CHEMISTRY THROUGH THE USE OF CLIL ACTIVITIES	215
44.	Kaharman D. CLASSROOM PRACTICES AND PEDAGOGICAL APPROACHES TO PROMOTE ACADEMIC INTEGRITY IN EFL CLASSES	222

ФОРМУВАННЯ ДІАГНОЗУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: ПОТРЕБИ РУТИННОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Доценко Микола Якович,
д.мед.н., професор, кафедра внутрішніх хвороб
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Шехунова Ірина Олександрівна,
к.мед.,н., доцент кафедра внутрішніх хвороб
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Подсєвахіна Світлана Леонтіївна,
к.мед.,н., доцент, завідувачка кафедра внутрішніх хвороб
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Герасименко Лариса Вікторівна,
к.мед.,н., доцент кафедра терапії, кардіології та неврології
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Яценко Олег Вадимович
к.мед.,н., асистент кафедра внутрішніх хвороб З
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш поширеним захворюванням серцево-судинної системи. Виходячи із цього, практикуючим лікарям, особливо терапевтичного профілю, приходиться багато разів на день оформлювати цей діагноз в медичних документах. На нашу думку, клінічний діагноз повинен максимально точно давати характеристику захворювання, бути динамічним (його можна було легко змінювати в залежності від змін статусу хвороби) й в той же час не обтяжений мало значущою для лікаря і пацієнта інформацією.

Слід підкреслити, що експерти Європейського товариства кардіологів (ЄТК) у останніх рекомендаціях по АГ [1] запровадили деякі зміни у тексті документа, які перегукуються із поставленим нами завданням.

Так, експерти ЄТК, пропонують у діагнозі АГ вказувати стадію, ступень захворювання, його ускладнення [1, 2].

Крім цього вказується, що рекомендується визначати серцево-судинний ризик за шкалою SCORE, кардіоваскулярний ризик (загальний ризик) залежно від ступеня та стадії АГ. Однак при цьому не наголошується, що ці дані повинні бути відображено у діагнозі. Конкретні приклади написання діагнозів у рекомендаціях міжнародного рівня зазвичай не надаються – слід розуміти, що ці питання залишаються на розсуд національних профільних товариств.

В Україні відомі рекомендації асоціації кардіологів України з прикладами формулювання діагнозів [3].

Слід зауважити, що за час, що пройшов з дати публікації цих рекомендацій, не мало що змінилося. Так, вийшли оновлені рекомендації ЄТК, в Україні продовжується активне просування реформи у медицині. Виходячи з цього, є необхідність, на наш погляд, оновити підходи до формування діагнозів АГ.

Мета роботи: обговорити практичні аспекти написання діагнозу АГ. У цьому плані ми хочемо обговорити наступні питання.

Назва нозології. По-перше, те, що кидається в очі: в назві європейських рекомендацій звучить «з АГ...», в українських також – «з АГ...», а в прикладах діагнозів – скрізь «Гіпертонічна хвороба...».

За нашою думкою, коли пацієнту виставлять діагноз «...хвороба», це на нього може негативно вплинути. Так, в нього нічого не болить, він спокійно працює, живе з високою якістю, але поважний доктор поставив йому такий діагноз. Після цього у частини пацієнтів можуть з'явитися негативні, депресивні думки [4, 5].

Авжеж у сучасній номенклатурі хвороб не часто зустрінеш у діагнозі термін «хвороба», зазвичай використовуються більш конкретні назви.

Ми познайомилися з науковими працями про розвиток вивчення «гіпертензії» [6, 7] однак, нам не вдалося зустріти терміну «гіпертонічна хвороба». Так, є детальна інформація про наслідки підвищеного артеріального тиску (АТ), але все одно це зветься «гіпертензія».

Таким чином ми вважаємо, що в Україні при написанні діагнозу слід відмовитися від термінології «радянських часів» й перейти на європейську термінологію, в даному випадку замість «гіпертонічна хвороба» на АГ.

Стадії АГ. Ми з великим задоволенням зустріли пропозицію експертів ESC про повернення до формулювання діагнозу АГ стадій захворювання (в Україні це положення не скасовувалося!) [1, 2]. Це є необхідним для рутинної клінічної практики.

Форми АГ. Вважаємо, що в прикладах діагнозів повинні бути присутні форми АГ, які виділяються у даний час, а саме резистентна, злоякісна, вторинна, можливо - білого халату та прихована.

Ступінь АГ. Це питання, на наш погляд, є дуже важливим. Так, пацієнт може звертатися до різних лікарів, тому необхідно, щоб кожному лікарю зразу була зрозуміла хвороба пацієнта, її особливості як тільки він побачить його діагноз.

АТ є дуже динамічним показником, який має властивість швидко змінюватися. Виходячи з тексту рекомендацій [1, 3] для нас залишається не зрозумілим наступне. Так, «ступінь АГ» надає характеристику АТ, який було зафіксовано у «офісі лікаря». Це зрозуміло при первинному контакті. Але при цьому лікар надає пацієнту рекомендації з модифікації стилю життя, призначає лікування... і залишається відкритим запитання: чи виконує усі ці рекомендації пацієнт? За ідеальних умов цільовий АТ повинно бути досягнуто, але чи завжди це так? Ні! Публікацій, виступів, досліджень за цією темою дуже багато, дозвольте їх не наводити. Головне: на практиці виходить, що 40-70% пацієнтів

не досягають цільового рівня АТ (чи досягають на короткий час). Саме тому ми вважаємо, що ці моменти повинні бути відображені у діагнозі.

Серцево-судинний ризик і АГ. Вже давно ступінь кардіоваскулярного ризику рекомендується визначати у кожного пацієнта з АГ, відобразити у діагнозі, але з якою метою? Ми дослідили рекомендації з АГ за останні декілька десятиліть з цього приводу й встановили наступне [4, 5] - обчислення цього показника рекомендується з метою визначення початку призначення медикаментозного антигіпертензивного і ліпідзнижувачого лікування. В Україні ще не працює повноцінно страхова медицина, може там якось ще використовуються ці показники, але у рутинній клінічній практиці – тільки з вищеназваною метою!

Слід наголосити наступне. Експерти ЄТК пропонуються у пацієнтів з підвищеним АТ досліджувати кардіоваскулярний ризик за двома шкалами – SCORE 2 / ОР і серцево-судинний ризик залежно від ступеня та стадії АГ за окремою таблицею. Виходячи з тексту рекомендацій ЄТК з профілактики серцево-судинних захворювань [8] шкали SCORE 2 / ОР призначені для використання тільки у осіб без серцево-судинних захворювань. Стосуючись нашої теми, виходить, що ці шкали можна застосовувати в основному до осіб з нормальним і високо нормальним АТ.

Відносно шкали (додаткового) серцево-судинного ризику у пацієнтів з АГ у нас є таке зауваження. Так, у осіб з АГ I стадії ступінь ризику визначає необхідність медикаментозного лікування. А от при II, особливо при III стадії ризик є високий й дуже високий, і правила ведення пацієнтів вже не залежать від ступеню ризику – у будь-якому випадку він як мінімум високий! Тоді навіщо відобразити у діагнозі? Саме тому, на наш погляд, відобразити його у діагнозі не має сенсу.

Ускладнення АГ. Слід погодитися з експертами асоціації кардіологів України, що ця аргументація стадії АГ повинна відобразитися у діагнозі [3]. Хіба що можна обговорити «Наявність атеросклеротичної бляшки (> 50 %) при візуалізації». Згідно останніх європейських рекомендацій з профілактики серцево-судинних захворювань [9] не пропонується рутинне дослідження сонних артерій для визначення серцево-судинного ризику. У цілому останнім часом вважається, що наявність бляшок у сонній артерії є ознакою ступеню розвитку атеросклерозу, а не стільки ускладненням АГ [10].

Можливо для підтвердження стадії АГ у діагнозі можна не вказувати усі виявлені ураження органів – мішеней (якщо їх багато), а тільки ті, що мають найбільше клінічне значення.

Наявність гіпертензивної ретинопатії не слід відобразити у діагнозі, оскільки її клінічне значення обмежене [11].

Додаткова інформація. Вже давно дискутується питання про відображення у діагнозі високої варіабельності АТ [4, 5]. Досі не визначено: такий стан пов'язаний з низьким комплаєнсом пацієнта, його підвищеною чутливістю до метеорологічних факторів або є окремим варіантом перебігу АГ.

Те ж саме можна сказати й відносно патологічних коливань АТ уночі (якщо вони підтверджені, особливо неодноразово), оскільки це має суттєве клінічне значення [12].

Така інформація є корисною для практикуючих лікарів і може бути відображена у діагнозі. Такий підхід зобов'яже лікарів більш ретельно підбирати препарати і їх дози для конкретного пацієнта, навчати пацієнтів профілактиці гіпертензивних кризів, виконувати засади хронотерапії [13].

Висновки: у якості висновків дозволять навести приклади написання діагнозів артеріальної гіпертензії, які ми пропонуємо до використання:

1. Прегіпертензія, високий нормальний АТ (138/76 мм рт. ст.), високий ризик.
2. Артеріальна гіпертензія I стадія, 2-й ступінь (АТ 164/94 мм рт. ст.). Ризик високий.
3. Артеріальна гіпертензія, II стадія, 2-й ступінь (АТ 148/102 мм рт. ст.), гіпертрофія лівого шлуночка.
4. Артеріальна гіпертензія, резистентна, III стадія, 2-й ступінь (АТ 168/93 мм рт. ст.). Хронічна серцева недостатність II А ст., стадія В, III ФК, ФВ ЛШ 54%.
5. Артеріальна гіпертензія, II стадія, 2-й ступінь (АТ 168/88 мм рт. ст.), профіль non-dipper.
6. Артеріальна гіпертензія III стадія, 3-й ступінь (АТ 190/92 мм рт. ст.), злоякісний перебіг. Гіпертрофія лівого шлуночка. СН ІА ст., стадія В, II ФК за NYHA? зі збереженою ФВ ЛШ (64%).
7. Артеріальна гіпертензія, перебіг з частими кризами (раз на місяць), III стадія, 2-й ступінь (АТ 168/93 мм рт. ст.). Хронічна хвороба нирок, III ст., ШКФ-ЕРІ 45 мл/хв./1,73м², мікроальбумінурія.

References

1. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA)/ G. Mancia , R Kreutz, M. Brunström [et all] // J. Hypertens. – 2023. - № 41(12). – P. 1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
2. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension / B. Williams, G.Mancia, W. Spiering [et all] // Eur .Heart J. - .2018. - Vol. 39. - Iss. 33. - P. 3021–3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка [та інш.] // 3-тє вид., переробл. і доповн. - К.: МОРІОН, 2018. - 224 с.
4. Артериальная гипертензия: нерешенные вопросы рутинной клинической практики / Н.Я. Доценко, С.С. Боев, И.А. Шехунова [и др.] // Therapia. - 2015 .- № 6 (99). - С. 20-24.
5. Новые рекомендации по артериальной гипертензии, а вопросы клиницистов старые / Н.Я. Доценко, С.С. Боев, И.А. Шехунова [и др.] //

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал. Артеріальна гіпертензія. - 2019.- № 1 (63). - С. 45-50.

6. Kotchen T. A. Historical trends and milestones in hypertension research: a model of the process of translational research / T. A. Kotchen // *J. Hypertens.* – 2011. -№ 58(4). – P. 522-538. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.177766.

7. Hypertension in the twentieth century: concepts and achievements / J.Chapman, W. Birkenhager, Robinson J. [et all] // *Handbook of Hypertension.* – 2004. – Vol. 22. – 592 p.

8. 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) / F. L. J. Visseren, F. Mach, Y. M. Smulders [et all] // *European Heart Journal.* - 2021. -Vol. 42. – Iss. 34. – P. 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

9. 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) / F. L. J. Visseren, F. Mach, Y. M. Smulders [et all] // *European Heart Journal.* 2021. -Vol. 42. – Iss. 34. – P. 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

10. Маркери атеросклерозу: можливості клінічного застосування / За редакцією професора М.Я. Доценка// Навчальний посібник (Затверджений МОЗ України) - Запоріжжя.- 2011. – 91 с.

11. Технические, клинические и прогностические аспекты гипертензивной ретинопатии / Н.Я. Доценко, С.С. Боев, Л. В. Герасименко [и др.] // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета.* – 2020. - № 5. – С. 624 – 631.

12. Рудик Ю.С. Профіль артеріального тиску non-dipper: клінічні наслідки та можливості моксонідину / Ю.С. Рудик // *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя».* -2022. - №3 (520). - С. 3-5.

13. Хронотерапія артеріальної гіпертонії: сучасний стан питання / Боев С. С., Доценко М. Я., Шехунова І. О. [та інш.] // *Артеріальна гіпертензія.* – 2018. - № 6 (62). - С. 27-33.