

SCI-CONF.COM.UA

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN SCIENTIFIC RESEARCH



**PROCEEDINGS OF XI INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
JUNE 11-13, 2026**

**CHICAGO
2026**

12.	Nizhnichenko O. СИСТЕМНІ ПРОЯВИ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ	100
13.	Rusnak I., Yaremchuk O., Akentjev S., Tarakhkotelyk R., Veremchuk S. THE ROLE OF PLANT-BASED NUTRITION AND DIETARY FIBER IN ATHEROSCLEROSIS REGRESSION	103
14.	Shukurova U. A., Khatamova Sh. A., Saydaminova Gulchekhra Farkhod kizi A RISK-ORIENTED ALGORITHM FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SIGNS OF EXPOSURE OF DENTAL HARD TISSUES TO ELECTROMAGNETIC FACTORS	109
15.	Shukurova U. A., Sadikova I. E. CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA FOR NON-CARIOUS LESIONS OF DENTAL HARD TISSUES	116
16.	Бабенко М. І., Демиденко О. Д. ТЕНДЕНЦІЯ ДО ЗРОСТАННЯ ЧАСТОТИ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ: ПРИЧИНИ ТА КЛІНІЧНІ НАСЛІДКИ	122
17.	Бакун О. В., Сосновчик А. М., Купчанко С. В. ПОЛІЕНДОКРИННИЙ МЕТАБОЛІЧНИЙ ОВАРІАЛЬНИЙ СИНДРОМ: НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РЕБРЕНДИНГУ ТА НОВІ СТАНДАРТИ ДІАГНОСТИКИ (ОГЛЯД ЛІТРАТУРИ)	126
18.	Борис М. А., Павлова Т. М. НЕЙРОМ'ЯЗОВИЙ КОНТРОЛЬ ТА ПОСТУРАЛЬНА СТІЙКІСТЬ ЯК ЧИННИКИ УСПІШНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ТРАВМ	137
19.	Бургаз Ю. В., Пишник В. А., Кучеренко С. С. РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: ПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕВАГИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	147
20.	Герасименко Л. В., Качан І. С., Федорова О. П., Пахомова С. П., Доценко М. Я. ВПЛИВ РІВНЯ ОСВІТИ НА КОГНІТИВНИЙ ПРОФІЛЬ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	156
21.	Демиденко О. Д., Павленко Н. С. СИНДРОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: СУЧАСНЕ РОЗУМІННЯ СИНДРОМУ, ЗМІНА ДО RMOS	164
22.	Кучеренко Т. О., Неханевич Ж. М., Самойленко І. А., Юнкін Я. О., Дорогіна О. С. КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОГО ПРЕПАРАТУ «ЦИФРАН-СТ®» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	168
23.	Несольона Л. О., Лантухова Н. Д. ПРОФІЛАКТИКА ТА ДІАГНОСТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕЛІРІЮ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ	174

**ВПЛИВ РІВНЯ ОСВІТИ НА КОГНІТИВНИЙ ПРОФІЛЬ
ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Герасименко Лариса Вікторівна

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Качан Ігор Сергійович

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Федорова Олена Петрівна

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Пахомова Світлана Петрівна

к.мед.н., доцент

кафедра терапії та кардіології ННПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Доценко Микола Якович

д.мед.н., професор

кафедра внутрішніх хвороб

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Анотація. Артеріальна гіпертензія – найбільш поширене захворювання серцево-судинної системи. Порушення когнітивних функцій є найбільш раннім проявом хронічної цереброваскулярної недостатності у пацієнтів на гіпертонічну хворобу. Метою дослідження було вивчити стан когнітивних функцій та психоемоційного статусу у пацієнтів гіпертонічною хворобою II стадії залежно від рівня освіти. Було обстежено 102 пацієнта на гіпертонічну хворобу II стадії. В результаті дослідження було встановлено залежність між рівнем освіти та вираженістю когнітивних порушень у пацієнтів на гіпертонічну хворобу II стадії. Чинниками ризику погіршення когнітивних

функцій у хворих був низький рівень освіти.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, когнітивні порушення, психоемоційна сфера, освіта.

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається найпоширенішою патологією серцево-судинної системи в усьому світі. За глобальними епідеміологічними даними, на АГ страждають близько 972 млн дорослого населення планети, причому більша частина з них – 639 млн осіб – припадає на економічно розвинені країни [1, 2, 3]. У численних сучасних дослідженнях наголошується, що АГ є провідним модифікованим фактором ризику розвитку судинних когнітивних порушень, патогенетичні механізми яких наразі активно вивчаються [1, 2, 3]. Завдяки впровадженню у клінічну практику високотехнологічних методів нейровізуалізації доведено, що тривалий неконтрольований перебіг АГ призводить до дифузного ураження глибинних відділів білої речовини головного мозку – лейкоареозу. Сьогодні лейкоареоз розглядають як ключовий нейровізуалізаційний маркер хронічної ішемії мозку (церебральної мікроангіопатії), а одним із найбільш клінічно значущих його проявів є дефіцит когнітивних функцій (КФ) [4, 5]. Зниження КФ є найраннішою ознакою хронічної цереброваскулярної недостатності (зокрема, початкових проявів недостатності кровопостачання головного мозку та хронічної ішемії) у пацієнтів із АГ. При цьому навіть легкі, а тим паче помірні когнітивні розлади суттєво погіршують якість життя хворих [4, 6], негативно впливаючи на їх професійну діяльність, соціальну та сімейну адаптацію, а також зумовлюють виражений емоційний дистрес. Поряд із високим рівнем артеріального тиску (АТ), предикторами прогресування когнітивного дефіциту виступають й інші потенційно модифіковані чинники, серед яких: низька фізична активність; низький освітній рівень; незбалансована дієта; надмірне вживання алкоголю; абдомінальне ожиріння; тютюнопаління; низький соціальний статус [7, 8, 9].

Вплив рівня освіти та характеру професійної діяльності на ризик розвитку

когнітивного дефіциту висвітлено у багатьох наукових працях [10, 12, 13, 14], проте результати цих досліджень нерідко є суперечливими. Зокрема, дані щодо взаємозв'язку між соціальною активністю, рівнем освіти та станом КФ залишаються неоднозначними. Якщо одні автори виявили чітку кореляцію між високим рівнем соціальної діяльності та збереженням КФ [14], то інші дослідники не знайшли статистично значущих підтверджень цього зв'язку.

З огляду на це, комплексне вивчення модифікованих чинників, що впливають на когнітивний статус пацієнтів з АГ, є вкрай актуальним завданням сучасної медицини, оскільки ідентифікація цих факторів відкриває реальні можливості для їхньої подальшої терапевтичної та профілактичної корекції.

Мета дослідження: вивчити стан КФ та психоемоційного статусу у пацієнтів на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії залежно від рівня освіти.

Матеріал і методи дослідження: У дослідження було залучено 102 пацієнти на ГХ II стадії, які на момент включення не отримували регулярної антигіпертензивної терапії або лікувалися несистематично без досягнення цільових рівнів АТ. АГ 2-го ступеня було верифіковано у 40,2% хворих, АГ 3-го ступеня – у 59,8%. Середня тривалість анамнезу ГХ становила $8,78 \pm 0,60$ років.

Рівень АТ оцінювали за допомогою триразового офісного вимірювання та добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ).

Нейропсихологічне тестування проводили у першій половині дня в ізолюваному приміщенні з дотриманням стандартних інструкцій до методик. Стан КФ оцінювався за допомогою опитувальника самооцінки пам'яті McNair [6] і Монреальської шкали оцінки КФ (МоСА-тест), рекомендовану більшістю зарубіжних експертів [15].

Опитувальник самооцінки пам'яті МакНейра (McNair) використовували для визначення суб'єктивного сприйняття когнітивного дефіциту пацієнтом. Досліджувані самостійно оцінювали частоту забудькуватості у повсякденному житті за бальною шкалою: від «ніколи» (0 балів) до «завжди» (4 бали). Результати опитувальника виражалися в балах, де при сумі, що дорівнює або

більше 43 балів, передбачалася наявність когнітивних порушень [6]. Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій (MoCA-тест) [15]: застосовували як високочутливий інструмент скринінгу помірних когнітивних розладів. Методика дозволила диференційовано оцінити такі домени КФ: увагу, концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мовлення, оптико-просторову діяльність, концептуальне мислення, рахунок та орієнтацію у часі й просторі. Максимальне значення при оцінці за шкалою MoCA-тест становить 30 балів, а рекомендоване нормальне значення становить ≥ 26 балів [15].

Рівень реактивної (ситуативної) тривожності визначали за допомогою шкали Спілбергера [29].

Інтерпретацію результатів проводили за стандартними критеріями: до 30 балів – низький рівень тривожності; 31–45 балів – помірний рівень; понад 45 балів – високий рівень тривожності.

Виразність депресії визначали за шкалою Бека і оцінювали, підсумовуючи загальну кількість балів за всіма симптомами, і на основі числа, що вийшов, визначали тяжкість депресії: менше 9 балів – відсутність депресії; 10-15 балів – легка депресія; 16-19 балів – помірна депресія; 20-29 – середньо виражена депресія; 30 балів і вище – важка депресія.

Для статистичного аналізу застосовували комп'ютерну програму "IBM SPSS Statistics 22". Оцінку міжгрупових відмінностей проводили параметричним t-критерієм Ст'юдента. Різницю між показниками вважали статистично достовірною при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення.

Для вивчення впливу освіти на психоемоційну сферу КФ пацієнти були поділені на три групи за рівнем освіти. Першу групу склали 25 хворих із середньою (10 – 11 класів), другу – 34 пацієнти із середньо-спеціальною та третю – 43 пацієнти з вищою освітою. Пацієнти були зіставні за віком, тривалістю АГ, показниками середньодобового систолічного (СР САТ) та діастолічного тиску (СР ДАТ) (табл. 1).

Таблиця 1.

Клінічна характеристика обстежуваних пацієнтів

Показники, одиниці виміру	Групи хворих		
	1-а група (n=25)	2-а група (n=34)	3-я група (n=43)
	Освіта		
	Середня	Середня спеціальна	Вища
Вік, років	50,72 ± 1,66	48,29 ± 1,55	50,56 ± 1,21
Тривалість захворювання, років	8,08 ± 0,87	9,72 ± 1,07	8,44 ± 1,02
Освіта, років	10,40 ± 0,18	12,15 ± 0,15◇	15,52 ± 0,21*■
Ср САТ, мм рт.ст.	144,78 ± 2,72	142,54 ± 2,18	149,26 ± 3,18
Ср ДАТ, мм рт.ст.	86,44 ± 2,16	85,14 ± 1,82	88,13 ± 1,97

Примітки: ■ $p < 0,05$ при порівнянні 1 та 3 групи; * $p < 0,05$ при порівнянні 2 та 3 групи; ◇ $p < 0,05$ при порівнянні 1 і 2 групи.

Нами встановлено достовірне зниження КФ у пацієнтів з низьким освітнім рівнем (табл.№2). Так, МоСА тест у 1 групі хворих достовірно менший у порівнянні з 2 та 3 групами – на 6,3% та 9,5% відповідно. Частка пацієнтів з наявністю когнітивних порушень (менше 26 балів) склала 68%, 44,1% та 23,3% відповідно за шкалою МоСа. Результати опитувальника McNair у обстежуваних хворих демонструють таку саму послідовність. Частка пацієнтів, що набрали 43 і більше балів за опитувальником McNair в 1 і 2 групах, склала 24% і 17,6% відповідно, а в 3 групі таких хворих не було.

Таблиця 2.

Показники психоемоційної сфери та когнітивної функції у пацієнтів на ГХ II стадії залежно від освіти

Показники, одиниці виміру	Групи хворих		
	1-а група	2-а група	3-я група
	Освіта		
	Середня	Середня спеціальна	Вища
Шкала Бека, бали	12,96 ± 1,07	10,68 ± 1,08	13,44 ± 0,97
Тест Спілбергера, бали	33,96 ± 2,47	37,18 ± 1,96	34,56 ± 1,73
Опитувальник самооцінки пам'яті McNair, бали	33,16 ± 1,97	28,03 ± 2,05◇	20,67 ± 1,46 ■*
МоСА тест, бали	23,84 ± 0,53	25,44 ± 0,55◇	26,35 ± 0,19■

Примітки: ■ – відмінності показників у порівнянні 1 і 3 групи достовірні ($p < 0,05$); * – відмінності показників у порівнянні 2 і 3 групи достовірні ($p < 0,05$), ◇ – відмінності показників у порівнянні 1 і 2 групи достовірні ($p < 0,05$)

Проведений кореляційний аналіз показав наявність взаємозв'язку між рівнем освіти пацієнтів, що обстежуються, і станом КФ. Так, показник МоСА тесту достовірно корелював з рівнем освіти хворих на ГХ ($r=0,42$, $p<0,05$).

Аналіз результатів шкали Бека показав, що в обстежуваних нами хворих є легкий рівень депресії, що істотно не відрізняється в залежності від рівня освіти. Середні показники реактивної тривожності за трьома групами відносяться до помірного рівня тривожності і достовірно не відрізняються в залежності від рівня освіти ($p>0,05$).

Регулярне антигіпертензивне лікування не отримували однакою кількість пацієнтів незалежно від рівня освіти (за групами 44,0%, 41,2% та 39,5%, відповідно). А гіпертонічні кризи (погіршення самопочуття пов'язане з підвищенням артеріального тиску) відзначали більшу кількість пацієнтів з вищою освітою (за групами 64,0%, 58,9% та 76,8%, відповідно).

Таким чином, нами встановлено, що чим вищий рівень освіти хворих на ГХ, тим рідше відзначається когнітивна дисфункція. У групі із середньою освітою когнітивні порушення більш виражені. Однак рівень освіти не впливав на усвідомлення регулярного прийому антигіпертензивної терапії, незважаючи на те, що особи з вищою освітою частіше відзначали погіршення самопочуття, пов'язане з підйомом рівня АТ. Стан психоемоційної сфери був однаковим за групами хворих, як за рівнем реактивної тривожності, так і за ступенем депресії ($p>0,05$).

Висновки

1. У обстежуваних пацієнтів на ГХ II стадії нами встановлено залежність між рівнем освіти та вираженістю когнітивних порушень. Чинниками ризику погіршення КФ у хворих на АГ був низький рівень освіти.

2. Когнітивні порушення у хворих на ГХ II стадії із середнім рівнем освіти виявляються достовірно частіше, ніж у хворих із середньо-спеціальною та вищою освітою.

3. У пацієнтів ГХ доцільним є дослідження КФ та психоемоційної сфери для виділення групи ризику розвитку клінічно значущих когнітивних

порушень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Mancia G., et al. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912-4012.
2. Mancia G., Kreutz R., Brunström M. et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. – 2023; Vol. 41, Issue 12:1874-2071.
3. Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія): Стандарт медичної допомоги. Київ: МОЗ України, 2024. 80 с. URL: Наказ МОЗ України № 1581.
4. Скибчик В. А., Пилипів О. С. Когнітивні порушення при артеріальній гіпертензії: методи діагностики та профілактики. *Ліки України*. 2021; 5 (251):16-22.
5. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. *The Italian Longitudinal Study on Aging* / A. DiCarlo, M, Baldereschi, L. Amaducci [et al.] // *J. Am. Ger. Soc.* – 2000. – № 48. – 775-782.
6. Сіделковський О.Л., Овсянніков О.А., Марусіченко В.В. – Діагностичні шкали і тести в неврології, нейрохірургії і нейрореабілітації. – Publish Pro. – 2022: 296с.
7. Коваль С.М., Мисниченко О.В., Літвінова О.М., Барановська Г.В. Когнітивні порушення та деменція у хворих на артеріальну гіпертензію. Частина I. Класифікація, поширеність, механізми розвитку порушень когнітивних функцій та рекомендації щодо обстеження хворих.- *Артеріальна гіпертензія та серцево-судинні захворювання*.- 2020; 3(13).
8. Коваль С.М., Мисниченко О.В. Артеріальна гіпертензія і цереброваскулярні ураження: епідеміологічні, клінічні, терапевтичні та профілактичні аспекти (огляд літератури та сучасних рекомендацій). *Артеріальна гіпертензія*.- 2020; 1(13):10-19.
9. Baumgart M., Snyder Heather M., Carrillo M. C. Summary of the

evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *The Journal of the Alzheimer's Association*. - 2015; 6(11):718–726.

10. Beydoun M.A., Beydoun H.A., Gamaldo A.A. et al. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: Systematic review and meta-analysis // doi: 10.1186/1471-2458-14-643.

11. Meng X. Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses./ X. Meng, C. D'Arcy. // *PLoS One*. – 2012. – № 7. – p. e38268.

12. Jefferson A.L., Gibbons L.E., Rentz D.M. et al. A life course model of cognitive activities, socioeconomic status, education, reading ability, and cognition. *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2011; 59:1403–1411.

13. Active Cognitive Lifestyle Is Associated with Positive Cognitive Health Transitions and Compression of Morbidity from Age Sixty-Five / R. E. Marioni, Michael J. Valenzuela, A. van den Hout [et al.] // *PLoS One*. – 2012.- Vol. 7. Iss. 12. – P. 1-7.

14. James B. D., Wilson R. S., Barnes L. L. et al. Late-life social activity and cognitive decline in old age. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2011. – 6(17): 998–1005.

15. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V. et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005;53:695–699.