

студентів. Також 39 % студентів негативно ставляться до реклами тютюнових виробів, 34 % — нейтрально, 14 % висловили своє позитивне ставлення.

Було виявлено, що студенти які випалюють 10 цигарок вдень схильні до застрягаючого типу акцентуації. Тобто, це особи, які схильні до надмірної стійкості переживань, вони, як правило, не забувають образ. Тому цьому типу властиві такі якості, як злопам'ятність, підозра, хвороблива образливість, ревності, мстивість. Образа особистісних Інтересів, як правило, не забувається такою людиною. До позитивних рис застрягаючого типу можна віднести честолюбство, впертість, здатність до зосередження зусиль на досягненні поставленою мети. Невдачі тільки ще більше розпалюють прагнення досягти бажаного та мобілізувати внутрішні потенційні сили особистості.

Самоефективність — оптимістичне переконання у власній здатності оптимально подолати будь-яку ситуацію, зарадити собі у дії різноманітних потужних стресорів. Загальна самоефективність сприяє визначенню мети, мобілізації ресурсів, наполегливості, якщо потрібно подолати перешкоди, швидкому відновленню у випадку невдачі. В результаті дослідження було виявлено, що 27 % студентів мають високий рівень самоефективності, 39 % — середній і 34 % мають низький рівень самоефективності. Але між самоефективністю й схильністю до тютюнопаління не було виявлено зв'язку.

Студентам, які не палять, і тим, що не палять, притаманні спільні цінності, а саме — бути великодушними. Це особистості, які не тримають ні на кого образ, і готові прощати навколишнім. Люблять платити добром за добро і не хочуть ні перед ким залишатись в боргу. Також, вони люблять різноманітне життя, яке сповнене новизни, змін та суттєвого поступу вперед.

Але, молодим особам, які не палять характерно ще такі цінності як, скромність (не люблять привертати до себе уваги), побожність, (дотримуються релігійної віри й переконань), поважають і підтримують традиції свого народу. Оскільки серед досліджуваних більшість осіб не палять (64 %), то відповідно респондентам притаманні такі особистісні цінності як самодостатність, наполегливість, цілеспрямованість, дисциплінованість.

Таким чином, сучасна молода особистість повинна само усвідомити, яка це велика людська цінність — здоров'я, і вести виправданий здоровий спосіб життя. Для майбутніх матерів (оскільки більшість респондентів дівчата) — це необхідна запорука щасливого материнства й дитинства. Адже європейській українській державі та суспільству потрібна стійка морально-духовна й здорова молодь.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України „Про заходи попередження та вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення. // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2005, № 52, с. 565.
2. Желібо є., Заверуха Н., Зацарний В. Безпека життєдіяльності. — Київ: Каравела, 2001 С. 109-112.
3. Пістун І., Кіт Ю. Безпека життєдіяльності. — Львів: Афіша, 2000.

Н.В. МАЛЯРСЬКА, С.Д. БАБЛЯК, Ю.М. ПАНИШКО

#### ПРОБЛЕМА МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ В СУЧАСНОМУ ЖИТТІ

*Стаття присвячена проблемі інсульту в житті сучасного суспільства.*

*Статья посвящена проблеме инсульта в жизни современного общества.*

*The article is devoted to the problem of stroke in life of modern society.*

У всіх країнах світу налічується понад 1 мільярд хворих на серцево-судинну патологію. Інсульт належить до найпоширеніших захворювань з яким стикаються лікарі-неврологи, реаніматологи, нейрохірурги та лікарі загальної практики.

Проблема інсульту набуває все більшу медико-соціальну значимість, що пов'язано із збільшенням серед населення частки осіб похилого і старечого вікових груп, а також наростаючим негативним впливом факторів урбанізації в економічно розвинених країнах. Інсульти та їх наслідки займають 2-3 місце серед причин смертності.

Згідно даних ВООЗ, інсульт щорічно уражає в світі близько 20 млн. людей, з яких 5 млн. вмирають внаслідок інсульту, із 15 млн., котрі виживають, приблизно 30% осіб інвалідизовано і потребують постійної сторонньої допомоги, у 1 з 6 пацієнтів гострий інсульт виникає повторно протягом перших 5 років.

У США інсульт залишається на третьому місці серед причин смертності у популяції: кожного року виникає близько 730 тис. нових випадків захворювання і 158 тис. смертей від нього; він є головною причиною неврологічної інвалідності в осіб дорослого віку.

В Росії щорічно захворюють на інсульт понад 450 тис. людей, в Україні більше 175 тис. людей.

За даними Б.С. Віленського (1995) в Росії та країнах СНД протягом місяця з моменту захворювання вмирає більше 30% хворих, а протягом 1 року — 45-48%. До трудової діяльності повертається не більше 12% реконвалесцентів, а 25-30% пацієнтів до кінця життя залишаються інвалідами.

В Україні склалася надзвичайно критична ситуація, пов'язана з наслідками інсульту. На відміну від багатьох інших країн, де інсульт займає серед причин смерті третє місце, в Україні інсульт випередив злоякісні пухлини і впевнено посів друге місце. Смертність від інсульту серед чоловіків 45-74 роки складає 606, а серед жінок – 408 чоловік на 100000 населення. Це відповідно в 11,2 та 12,75 разів вище, ніж в Швейцарії і в декілька разів вище, ніж в інших державах Європи. Навіть в Російській Федерації, яка по структурі системи охорони здоров'я мало чим відрізняється від України, смертність від інсульту серед чоловіків в 1,5 рази, а серед жінок – майже в 2 рази менше [6, с.7].

Перелік ліків, які рекомендують деякі українські спеціалісти в гострому періоді інсульту, сягає 15-20 найменувань. Потрібно відзначити, що перелік лікарських засобів, які повинні застосовуватися в гострому періоді ішемічного інсульту, розроблений авторитетними спеціалістами ВООЗ, європейської протиінсультної ініціативи та інших організацій містить всього декілька назв і не містить вазоактивних або ноотропних препаратів. Покази для призначення антикоагулянтів при інсульті досить обмежені, а тромболітична терапія рекомбінантним тканевим активатором плазміногену у відповідності з сучасними протоколами ведення хворих з інсультами може бути застосована лише в 2-5% пацієнтів [6, с.8].

Тому лікування таких хворих з застосуванням світових стандартів вимагає невеликих витрат. На жаль, в дійсності подібне захворювання обертається матеріальними збитками для сім'ї хворого, якому лікарі призначають величезну кількість ліків.

Головним принципом надання оптимальної допомоги при гострому інсульті повинен бути девіз "Гострий інсульт – невідкладний медичний стан", "Час – збережений мозок".

Тому своєчасне розпізнавання і лікування цієї патології є визначальним, враховуючи той факт, що старіння населення настуває невинно, а також зростаючу кількість клінічно "німих" інсультів, які діагностовані на додаткових дослідженнях (КТ і ЯМР головного мозку).

Застосування антигіпертензивних засобів, зменшення підвищення рівня АТ дозволяє суттєво зменшити ризик інсульту, особливо у осіб похилого та старечого віку. Припускають, що зниження у популяції систолічного АТ на 9 мм.рт. ст. і діастолічного АТ – на 5 мм.рт. ст. дозволило б щорічно запобігти 20000 смертельних випадків внаслідок інсульту у Франції; 51000 – у США; 184000 – в Росії; 47600 – у Китаї (S. MacMahon et al., 1990, 1993).

Протягом десятків років гостра церебро-васкулярна патологія розглядалась як невинний результат старіння, а уваги до зниження факторів ризику приділялось недостатньо. Ця патологія трапляється у всіх вікових групах, але навіть у осіб похилого віку превентивні заходи не є передчасними. Профілактика інсульту залежить від двох важливих факторів: розвиток (виникнення) цієї патології можна попередити; для цієї мети існують вже відомі знання та способи.

За сучасними уявленнями артеріальна гіпертензія є частиною гетерогенного стану, найкраще визначається як атеросклеротичний синдром з генетичними і набутими структурами і метаболічними розладами, включаючи дисліпідемію, інсулінову резистентність і зниження толерантності до глюкози, центральне ожиріння, гіперуріємію, порушення функції нирок, розлади росту судинної та серцевої гладкої мускулатури, мембранопатію і розлади транспорту клінічних катіонів. Тому прогноз у хворих АГ залежить як від ступеня підвищеного артеріального тиску, так і від інших супутніх факторів ризику і асоційованих клінічних станів.

За останні роки в літературі широко використовується поняття про фактори ризику, а це сукупність несприятливих внутрішніх та зовнішніх чинників, які викликають судинні патології головного мозку.

Виділяють три категорії факторів ризику:

1. етіологічний;
2. патогенетичний;
3. симптоматичний.

Фактори ризику ЦВП поділяються на:

- ендогенні (гіпертонія, діабет, гіперліпідемія, поліцитемія, ішемічна хвороба серця);
- екзогенні (куріння, прийом оральних контрацептивів, алкоголізм).

Фактори ризику ГПМк поділяються на:

- коригуючі (АГ, гіпертонічні кризи, гіперхолестеринемія, надлишкова вага, куріння, вживання алкоголем, недостатнє фізичне навантаження, цукровий діабет, прийом контрацептивів);
- некоригуючі (спадковість обтяжена по інсульту, старечий вік, стать, наявність наслідків травми мозку, емоційний стрес, несприятливі кліматичні та екологічні умови, житлові та соціально-економічні умови).

Корекція факторів ризику інсульту: АТ.

Згідно даних ВООЗ з 1999 року оптимальний засіб лікування АТ слід вибирати серед шести класів препаратів:

- діуретики;
- бета-адреноблокатори;
- інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (АПФ);
- антагоністів  $Ca^{2+}$  (АК);
- антагоністів рецепторів ангіотензину-II;
- альфа-блокаторів;

Для хворих з цукровим діабетом слід пам'ятати, що необхідними умовами профілактики є:

1. контроль рівня глюкози в крові;
2. дотримання строгої дієти;
3. систематичне застосування інсуліну або препаратів сульфанілсечовини;
4. контроль рівня АТ, який у хворих з ЦД є нижчим, ніж у осіб без нього;

Гіперліпідемія – показник холестерину, як правило, є більшим, ніж 5,2 ммоль/л для категорії пацієнтів, необхідними є дотримання:

1. гіпохолестеринової дієти;
2. зниження маси тіла та посильне фізичне навантаження (систематично);
3. антигіперліпідні препарати слід застосовувати тоді, коли немедикаментозні засоби протягом 3-6 місяців були неадекватними.

Куріння підвищує ризик виникнення інсульту на 40-60%, а розвиток повторного гострого порушення виникає в 1,5 рази частіше.

Систематичне вживання алкоголю сприяє підвищенню АТ, збільшує коагуляцію крові, підвищує рівень тригліцеридів, викликає кардіоміопатію, частіше у чоловіків 35-45 років та може провокувати розвиток пароксизмальної тахікардії.

Існує частина хворих, які мають одночасно декілька факторів ризику, причому кожен з них може бути помірно вираженим: м'яка АГ, помірна гіпертрофія міокарду, II тип цукрового діабету. Найбільш несприятливий вплив на виникнення ІХС та інсульту має поєднання: вік, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія і ожиріння у осіб старше 50 років.

Тому, необхідно пам'ятати, що у віці старше 30 років один з трьох факторів ризику у поєднанні з курінням збільшує небезпеку ускладнень в двічі; двох факторів + куріння – в 4 рази, наявність всіх трьох факторів – у 8 разів!

Перед початком профілактики пацієнту необхідно пройти комплексне обстеження для встановлення групи ризику та оптимальних терапевтичних заходів.

Підхід для дообстеження хворого має бути індивідуальний, але все ж треба включати загально-клінічні методи з врахуванням анамнестичних та клінічних проявів: вимірювання та контроль АТ, електрокардіографія, ультразвукове обстеження серця та судин (сонних, хребтових, мозкових тощо), біохімічне дослідження крові (рівень цукру, холестерину, ліпопротеїдів, тригліцеридів), коагулограму, реологічні властивості крові та в'язкість крові, загальні та інші дослідження сечі (креатинін, сечовина та інші).

Враховуючи дані дообстеження, клінічну симптоматику, доцільно призначити ті заходи, які допоможуть пацієнту. На цьому етапі профілактичного остереження необхідні: немедикаментозні, медикаментозні чи хірургічні.

Таким чином, первинна профілактика цереброваскулярної патології, зокрема мозкового інсульту, передбачає комплекс заходів, спрямованих на попередження розвитку або прогнозування судинних захворювань.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб.: Искусство России, 1899. – 336 с.
2. Віничук С.М. Судинні захворювання нервової системи. – К.: Наукова думка, 1999. – 250 с.
3. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных: Пер. с англ. // Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., ван Гейн Ж., Ханкий Г.Ж., Сандеркок П.А.Г., Бамдарт Х. М., Вордлау Ж. – СПб.: Политехника, 19989. – 629 с.
4. Жарінов О. Ураження головного мозку та його профілактика у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. – Медицина світу, 2001, додаток. – с. 12-20.
5. Жуле Н.М., Пустозеров В.Г., Жулев С.Н. Цереброваскулярные заболевания: профилактика и лечение инсультов. – “Наука” РАН, 2002. – 384 с.
6. Полищук Н., Гуляев Д. Что делать? Или необходимость организационных изменений в борьбе с инсультом в Украине // Doctor, 2003, №3. – с. 7-9.

О. А. МАРУСЕНКО

#### МЕХАНІЗМИ КОРЕКЦІЙНОГО ТА РОЗВИВАЛЬНОГО ВПЛИВУ АРТТЕРАПІЇ У СВІТЛІ РІЗНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОНЦЕПЦІЙ

*В статті аналізуються механізми арттерапії у світлі відомих психологічних напрямків. Доведено, що суто творчий процес є міцним розвивальним та корекційним фактором, а також невід'ємним компонентом духовного розвитку особистості.*

*В статтє анализируются механизмы арттерапии в свете известных психологических направлений. Показано, что собственно творческий процесс является мощным коррекционным и развивающим фактором, а также неотъемлемым компонентом духовного развития личности.*