серцевого ритму за дистресу плода. Нині в кардіології зниження ВСР розглядають як маркер смертності та аритмічних ускладнень (шлуночкова тахікардія) у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМ), також як прогнозатор ризику раптової смерті при хронічній серцевій недостатності, для оцінки ефективності лікувальних заходів і т.д.

Метою роботи стало вивчити основні показники ВСР, які можна отримати за діджиталізації ЕКГ – програми «Смарт-ЕКГ» - та нормативні значення кожного з показників.

Визначення нормального діапазону значень ВСР є досить складною задачею, оскільки нормальні значення для кожного з показників дуже варіюють у різних дослідженнях і у різних авторів. Завдяки узагальненню даних та власному досвіді отримані наступні нормативні показники. Найбільш поширеним та вивченим є показник SDNN — стандартне відхилення N–N-інтервалів, сумарний показник варіабельності величин інтервалів RR за весь час спостереження. Нормальні значення знаходяться в межах 144±39 мс. Збільшення показника вказує на посилення автономної регуляції – вплив парасимпатичної ланки. Відомий розподіл на групи пацієнтів залежно від показника SDNN: нижче 50 мс – нездорові; 50-100 мс – мають погіршення стану здоров'я; понад 100 мс – здорові. RMSSD- корінь квадратний із суми квадратів різниць величин послідовних пар інтервалів R-R. Норма - 27±12 мс. Чим вище значення RMSSD, тим активніша ланка парасимпатичної регуляції – зростання активності механізмів саморегуляції. pNN50 – відсоток послідовних пар інтервалів R-R, які розрізняються більше, ніж на 50 мс, отримані за весь час реєстрації. Норма коливається в межах 9±7. Підвищення окреслює ступінь переважання парасимпатичної ланки над симпатичною. CV – коефіцієнт варіації, формула CV=(SDNN/RRNNx100%), де RRNN – середнє значення інтервалів NN. Норма: 4,75%-7,23%. За змістом - як SDNN, але при аналізі дозволяє враховувати вплив частоти серцевих скорочень. Чим менше CV , тим менший розкид коливань RMSSD, тим кращий прогноз. M×DMn – варіаційний розмах, різниця між максимальним та мінімальним значенням кардіоінтервалів, відповідає ступеню варіативності показників кардіоінтервалів у досліджуваному динамічному ряду. Чим вищий показник, тим вища ВСР. AMo – співвідношення кількості RR інтервалів із значеннями Mo до загальної кількості RR інтервалів. Норма: 30-50%. При зростанні тонусу симпатичної нервової системи (НС) - AMo зростає. SI – стрес індекс – це ступінь централізації управління серцевим ритмом та стан адаптаційно-пристосувальних можливостей або ступінь переважання активності центрального механізму регуляції над автономним. Норма: 80-150 у.о. Показник чутливий до посилення тонусу симпатичної НС, невелике навантаження (фізичне чи емоційне) збільшує показник в 1,5 – 2 рази, при значних навантаженнях росте в 5-10 разів, в пацієнтів з постійним напруженням регуляторних систем (стенокардія, недостатність кровообігу) - 400-600 у.о., при ГІМ - 1000-1200 у.о.

ВСР та її показники є перспективним напрямком дослідження в кардіології, що дозволяє розширити діагностичний арсенал та спрогнозувати перебіг кардіологічних захворювань і відрізнити норму від порушень функціонування організму.

Малкович Н.М.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ТА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЇ SARS-COV-2

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет

Раннє передбачення середньотяжкого та тяжкого перебігу інфекції SARS-Cov-2 має надзвичайно важливе значення, особливо у осіб, що відносяться до групи ризику (супутні цукровий діабет, ожиріння, артеріальна гіпертензія, тяжка кардіоваскулярна патологія тощо). Ґрунтуючись на власному досвіді, можемо стверджувати, що вивчення певних лабораторно-інструментальних показників, здатних вказувати на несприятливий перебіг, захворювання особливо актуальне у невакцинованих осіб під час теперішньої третьої хвилі COVID-19.

Метою дослідження було визначення найбільш інформативних інструментальних та лабораторних критеріїв несприятливого перебігу інфекції SARS-CoV-2 для вчасного

призначення відповідного лікування для попередження середньотяжкого та тяжкого перебігу захворювання. Було проаналізовано 56 амбулаторних випадків захворювання на COVID-19 у осіб різних вікових груп та з різними супутніми захворюваннями. Захворювання COVID-19 було підтверджено полімеразно-ланцюговим тестом на наявність рибонуклеїнової кислоти SARS-CoV-2. Серед обстежених було 32 жінки. Вік хворих коливався від 22 до 65 років, в тому числі від 22 до 40 років – 35 осіб, від 41 до 65 років – 21 особа. Інструментальні та лабораторні обстеження проведені на сертифікованому обладнанні Центральної міської клінічної лікарні м. Чернівці.

Аналіз отриманих в процесі ведення пацієнтів результатів показав, що скринінговими обстеженнями насамперед є загальний аналіз крові (ЗАК), моніторування температури тіла та сатурації крові киснем, визначення рівня С-реактивного білка (СРБ) кількісним методом, Д-димеру плазми крові, ультразвукове дослідження легень (УЗД легень). Загальновідомо, що запальні процеси, що відбуваються в організмі пацієнта, характеризуються змінами концентрації білків плазми. Диспротеїнемія, що виникає при цьому, обумовлена збільшенням синтезу так званих білків гострої фази — сукупності системних і локальних біохімічних субстанцій організму, що синтезуються переважно печінкою як відповідь на різні запальні подразники, в тому числі на вірусну інвазію. СРБ є одним з білків гострої фази і одним з найчутливіших і ранніх індикаторів запалення Основне функціональне значення СРБ полягає в регулюванні запального процесу за рахунок активації системи комплемента і фагоцитозу. Слід зазначити, що у більшості пацієнтів зростання рівня СРБ асоціювалося з більш вираженою інтоксикаційно-запальною реакцією (гіпертермія до 38-39°С, діарея, нудота, блювання), при одночасному збільшенні рівня D-димеру у пацієнта на 5-6 добу після початку захворювання можна було виявити зміни легеневої паренхіми (субплевральна консолідація легеневої тканини переважно в базальних відділах). Зміни ЗАК в більшості випадків були типовими: відносний нейтрофільоз, асоційований з абсолютною лімфоцитопенією, анеозинофілія, помірна тромбоцитопенія, зростання швидкості зсідання еритроцитів.

Звичайно, що призначення подібного лабораторно-інструментального діагностичного скринінгового комплексу дозволяє завчасно вплинути на інтенсивність запального процесу, індукованого вірусною інвазією попередити поширення пошкодження легеневої тканини.

Марараш Г.Г.

РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗА ДОПОМОГОЮ ТРЕНІНГУ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет

Мета тренінгу комунікативної компетентності медичної сестри – формування психологічних знань і відповідних умінь, які дозволять забезпечити ефективну комунікацію медсестра-пацієнт, розвиток комунікативної культури, професійно важливих особистісних якостей медичної сестри. Тренінг комунікативної компетентності медичної сестри був проведений спільно з викладачами кафедри психології та філософії Буковинського державного медичного університету для медичних сестер, які працюють у команді з лікарями у терапевтичному відділенні КНП «Міська поліклініка №1» м. Чернівці.

Теоретико-методологічний аналіз даних, отриманих у ході дослідження особливостей комунікативної компетентності медичних сестер, технологій розвитку комунікативних характеристик особистості, а також результатів нашого дослідження дозволив визначити основні підходи до побудови програми комунікативної підготовки медичних сестер в процесі навчання у вищому навчальному закладі. Характерними рисами комунікативно компетентної медичної сестри, яка корелюють із психологічним ефектом лікування та проведення профілактичних заходів, є: позитивне спрямування інтеракцій та відсутність реакцій ігнорування; ставлення до іншої людини як до цінності, як до активного співучасника взаємодії. Процес формування комунікативної компетентності буде проходити успішно,