

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

може бути однією з причин толерантності до антигіпертензивного лікування та зростання випадків небажаних побічних ефектів АГ препаратів.

**Поліщук О.Ю.**

## **АДАПТИВНІСТЬ ТА РІВЕНЬ НАПРУЖЕНОСТІ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ В ГЕНДЕРНОМУ РОЗПОДІЛІ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини,*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Останніми десятиліттями серцево-судинна патологія розглядається у тісному взаємозв'язку з психологічними та соціальними чинниками, відкрито визнається певна відносна умовність меж між «функціональними» та «органічними» розладами роботи внутрішніх органів, а пацієнт сприймається не лише як суб'єкт лікувального процесу, але й як творець свого способу життя і здоров'я. Відповідно, важлива роль відводиться особистості й у формуванні хвороби, психологічні, зокрема особистісні чинники розвитку серцево-судинних захворювань активно вивчаються з тим, щоб на рівні з іншими – біологічними, генетичними, демографічними, екологічними, соціальними тощо бути врахованими у процесі лікування і для попередження виникнення захворювання. Психологічні та соціальні чинники у випадку порушення ритму серця можуть як виконувати роль тригера, який спричиняє виникнення аритмії, так і бути факторами, які суттєво впливають на перебіг та прогноз захворювання.

**Мета дослідження.** Дослідити гендерні аспекти адаптивності та рівня напруженості симптомів пацієнтів з порушеннями ритму серця.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 352 хворих, які мали порушення ритму серця у вигляді пароксизмальної тахікардії, пароксизмальної або персистуючої фібриляції передсердь, частої екстрасистоїї або порушення провідності у вигляді синоатріальної або атріовентрикулярної блокади або синдрому слабкості синусового вузла. Серед пацієнтів, які взяли участь в дослідженні було 147 жінок (41,76%) та 205 чоловіків (58,23%), групи чоловіків і жінок були співставними за віком та розподілом за нозологіями. Усім пацієнтам проведено психодіагностичне дослідження з використанням методики дослідження соціально-психологічної адаптації Роджерса–Даймонда та опитувальника визначення рівня напруженості симптомів SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised). Проведено аналіз психологічних особливостей особистості пацієнтів з порушеннями ритму серця залежно від статі, порівняння здійснювали з використанням непарного критерію Ст'юдента.

**Результати дослідження.** Методика дослідження соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда виявила тенденцію до зменшення рівня показника адаптивності у чоловіків в порівнянні з жінками ( $136,55 \pm 2,50$  проти  $144,25 \pm 3,21$ ,  $p=0,061$ ), вірогідно більший рівень внутрішнього контролю ( $54,19 \pm 1,11$  проти  $59,63 \pm 1,49$ ,  $p=0,004$ ) та підлеглих у жінок ( $19,07 \pm 0,60$  проти  $21,2 \pm 0,83$ ,  $p=0,041$ ). у чоловіків достовірно вищим був інтегральний індекс прагнення до домінування –  $0,53 \pm 0,01$  проти  $0,43 \pm 0,01$  у жінок ( $p<0,001$ ). Методика SCL-90-R визначає актуальний ступінь дискомфорту (напруження), який зумовлює оцінюваний симптом, незалежно від того, наскільки цей симптом виражений об'єктивно. Рівень напруженості симптомів, що визначався за допомогою опитувальника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) виявився достовірно вищим за окремими показниками у чоловіків в порівнянні з жінками, а саме за рівнем: соматизації: ( $1,47 \pm 0,12$  та  $1,12 \pm 0,09$ ,  $p=0,016$ ), obsесивності ( $1,14 \pm 0,13$  та  $0,79 \pm 0,06$ ,  $p=0,014$ ), депресії ( $1,04 \pm 0,14$  та  $0,71 \pm 0,06$ ,  $p=0,036$ ), ворожості ( $0,77 \pm 0,07$  та  $0,5 \pm 0,04$ ,  $p<0,001$ ), паранояльності ( $0,93 \pm 0,12$  та  $0,44 \pm 0,05$ ,  $p<0,001$ ) та психотизму ( $0,82 \pm 0,11$  та  $0,31 \pm 0,04$ ,  $p<0,001$ ), більшим у осіб чоловічої статі виявився і загальний індекс важкості симптомів  $0,91 \pm 0,05$  проти  $0,70 \pm 0,05$  ( $p=0,003$ ).

**Висновок.** Серед пацієнтів із порушеннями ритму серця встановлено певні відмінності у гендерному розподілі: чоловіки демонструють нижчі показники соціально-психологічної адаптації за результатами використання опитувальника соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда, що супроводжується зростанням напруженості

таких симптомів як соматизація, обсессивність, депресія та загального індексу вираженості симптомів.

Полянська О.С.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА БЕЗ ПАТОЛОГІЧНОГО ЗУБЦЯ Q

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Згідно вимог до медичних послуг за Програмою медичних гарантій-2023 по пакету НСЗУ «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда» в розділі «Обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки», вказаний пункт 10. «Надання послуг з реабілітації у сфері охорони здоров'я в гострому періоді». В умовах закупівлі медичних послуг в пункті 10 вказано про забезпечення проведення реабілітаційних заходів мультидисциплінарною реабілітаційною командою. В той же час в вимогах до спеціалістів та кількості фахівців, які працюють на посадах у закладі охорони здоров'я вказаний перелік спеціалістів з реабілітації: лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або фізичний терапевт, та/або ерготерапевт – щонайменше одна особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

**Мета дослідження.** Оцінка ефективності медичної реабілітації у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) без патологічного зубця Q шляхом надання реабілітаційних послуг фахівцями з реабілітації.

**Матеріал і методи дослідження.** Досліджено 210 хворих віком від 38 до 65 років, середній вік яких склав  $51,2 \pm 2,7$  років, у яких діагностовано ГКС без патологічного зубця Q. Оцінювався час перебування пацієнтів в стаціонарі та надання реабілітаційних послуг згідно вимог НСЗУ.

**Результати дослідження.** Хворі, які мали тяжку стенокардію, клінічний профіль високого ризику, а також при виявленні зони ішемії  $>10\%$  міокарда підлягали проведенню інвазивної коронароангіографії незалежно від попередніх досліджень та лікування. Пацієнтам на ГІМ без патологічного зубця Q після інтервенційного втручання надавались передбачені реабілітаційні послуги: огляд спеціалістів з реабілітації з встановленням реабілітаційного діагнозу, визначенням реабілітаційного прогнозу, складанням індивідуальної програми реабілітації. Більшість прооперованих пацієнтів відносились до I групи важкості, тобто хворі, яким в гострому періоді проведена реваскуляризація міокарда за рахунок ангіопластики чи стентування і які мають неускладнений перебіг. Рухова активність таких пацієнтів передбачає наступні дії: на 3-й- день сидіння на стільці до 10-15 хв., на 4-й день сидіння на стільці до 30 хв., на 5-й день самостійне миття обличчя, рук, розчісування волосся, гоління, перехід у положення стоячи, на 7-й день пропонується початок ходьби по палаті, самостійне одягання та роздягання. на 8-й день - збільшення дистанційної ходьби, на 10-й день - прибирання ліжка, на 11-й - миття під ручним душем стоячи, на 12-й - початок освоєння сходів та тест з дозованим фізичним навантаженням, при необхідності. З пацієнтами працювали асистенти фізичного терапевта, а при виявленні психологічних проблем у хворого, до пацієнта запрошували психотерапевт, який при потребі, працював тривало. Більшість пацієнтів виписувалась із стаціонару до 12-14 дня і продовжували реабілітаційну програму на амбулаторному етапі.

**Висновки.** 1. Правильно проведене обстеження пацієнтів на ГІМ без патологічного зубця Q дає можливість провести адекватне медикаментозне лікування, при необхідності, інвазивне втручання та дає можливість розпочати ранню реабілітацію пацієнтів в гострому періоді реабілітації. 2. Розроблена реабілітаційна програма дає можливість суттєво знизити частоту виникнення життєвонебезпечних ускладнень, можливість надати ефективну