



Петринич О.А.
ОСОБЛИВОСТІ КОДУВАННЯ ПРИЧИН ЗВЕРНЕННЯ ПРИ COVID-19 ЗА
МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
(ІСРС-2)

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

З 2018 року в Україні розпочато практичне впровадження Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ІСРС-2). Аналіз причин звернення, визначених словами пацієнта, дозволяє лікарю первинної ланки розуміти найбільш затребувані запити при різних епізодах медичної допомоги.

Метою нашого дослідження було проаналізувати причини візитів за ІСРС-2 у пацієнтів з підтвердженим діагнозом COVID-19 при зверненні до лікарів первинної ланки одного з закладів первинної медико-санітарної допомоги Чернівецької області. Для реалізації мети опрацьовано форму № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів».

До дослідження увійшло 100 хворих з підтвердженим діагнозом COVID-19 (позитивний результат на COVID-19 методом ПЛР). У структурі причин звернення зустрічалися наступні причини: гарячка – A03 (100%), нежить та/або закладеність носа – R07 (44%), головний біль – N01 (52%), біль у горлі – R21 (61%), міалгія – L18 (66%), кашель – R05 (85%), нудота – D09 (13%), блювання – D10 (5%), діарея – D11 (12%), млявість/загальна слабкість – A04 (92%), спотворенням нюху (дизосмія) – N16 (52%) та смаку (дизгевзія) – N16 (54%), утруднене та прискорене дихання – R02 (14%), біль у грудях – A11 (32%). Поряд з цим зустрічалися наступні коди причин звернення: R27 – страх респіраторних захворювань (2%), R31 – прохання «прослухати легені» (12%), A46 – консультація з лікарем ПМД (дистанційна) (10%), A45 – нагляд/навчання/консультація/дієта (6%), A33 – мікробіологічний / імунологічний тест (на антигени чи антитіла) (15%), A41 – діагностична радіологія/візуалізація (24%), A50 – призначення ліків (9%), A61 – прохання інтерпретувати дані обстежень (7%), A67 – направлення до ін. лікаря/спеціаліста/лікарні (9%). Отже, найчастішими причинами звернення у хворих з підтвердженим діагнозом COVID-19 були гарячка, кашель, загальна слабкість.

Плеш І.А.
КЛІНІЧНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦИРКАДІАННОГО РИТМУ АТ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Відомо, що успішне лікування хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) можливе за наступних умов: встановлення форми та варіанту перебігу захворювання, визначення циркадіанного ритму АТ, обґрунтованого вибору АГ-препарату чи комбінованого лікування, його оптимального дозування та корекції лікування направленої на нормалізацію функції органів «мішеней» - серця, головного мозку, нирок.

Усім обстеженим проводили вивчення показників добового моніторування АТ на апаратному комплексі «Solvaig». Визначали основні показники водно-сольового обміну, швидкість клубочкової фільтрації за традиційними лабораторними методиками. Проводили УЗД дослідження серця з розрахунком ФВ, УО, ХОК, геометрії лівого шлуночка на апараті «En visor» обласного діагностичного центру.

Результати дослідження показали, що хворі на ЕГ II стадії згруповані за циркадіанною структурою АТ - ND та NP мають клінічно-діагностичні особливості варіантів центральної та серцевої гемодинаміки, функціональної активності нирок. Ними є: дещо старша вікова належність, надмірна маса тіла, тривале навантаження за добу високим АТ, що веде до зростання загального периферичного опору судин (ЗПОС), компенсаторного зниження об'ємних показників роботи серця, зростання ступеню гіпертрофії ЛШ, порушення функціональної активності нирок та регуляції водно-сольового балансу у порівнянні з



групою D. Встановлено, що у хворих ND та NP зростає невідповідність індексу маси тіла до індексу ММЛШ, як додатковий фактор ризику метаболічної невідповідності з можливим розвитком міокардіальної та коронарної недостатності. У цих хворих зниження екскреції іонів натрію із сечею веде до відносної натріємії та гіперволемії, розбалансування фізіологічного ниркового механізму – «тиск-натрійурез».

Поліщук О.Ю.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Вираженість психологічних реакцій на появу захворювання серця залежить від багатьох чинників, зокрема від психологічних особливостей особистості. І якщо психологічним аспектам перебігу та особистісним характеристикам особистості пацієнта при ішемічній хворобі серця та інфаркті міокарда присвячено значну кількість наукових праць, то стосовно порушенням ритму серця такі роботи є поодинокими.

З метою визначення психологічних особливостей особистості пацієнтів із порушеннями серцевого ритму обстежено 352 хворих, які знаходились на лікуванні у Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному центрі. Усі пацієнти мали порушення ритму серця у вигляді пароксизмальної тахікардії, пароксизмальної або персистуючої фібриляції передсердь або екстрасистолії високих градацій за класифікацією В. Lown або порушення провідності (синаотріальна блокада, атріовентрикулярна блокада, синдром слабкості синусового вузла. Усім пацієнтам проведено психодіагностичне дослідження з використанням Торонтської шкали алекситимії, опитувальника діагностики агресивних та ворожих реакцій людини Басса—Дарки, шкали депресії, тривоги та стресу DASS-21, методики психологічної діагностики ставлення до хвороби ЛОБІ. Однією з найменш змінних характеристик особистості є алекситимія, що характеризується зниженням здатності до усвідомлення та вербалізації емоцій, що призводить до зростання емоційного напруження і зриву психологічних механізмів долаття стресу. Тому надалі усіх хворих було розділено на 3 групи – відсутність алекситимії (I група), тенденція до алекситимії (II група) та наявність алекситимії (III група). Розподіл вибірок на нормальність перевіряли за критерієм Шапіро-Уїлка. Відмінність між середніми значеннями груп перевіряли за допомогою дисперсійного аналізу Фішера.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що показник індексу ворожості зростав зі збільшенням алекситимії: I група – $8,29 \pm 0,34$, II група – $9,59 \pm 0,37$, III група – $10,59 \pm 0,42$ ($F=7,86$, $p<0,001$). Відмінностей за показником індексу агресивності залежно від рівня алекситимії не виявлено: він складав $18,20 \pm 0,54$ в II групі, $19,63 \pm 0,86$ в I-й та $19,82 \pm 0,82$ в III-й ($F=1,66$). За результатами методики DASS-21 встановлено збільшення усіх показників зі збільшенням рівня алекситимії. Рівень депресії в досліджуваних групах складав: I група: $3,33 \pm 0,40$, II група: $4,34 \pm 0,33$, III група: $6,33 \pm 0,61$ ($F=9,84$, $p<0,001$). Показник тривоги: I група: $5,33 \pm 0,50$, II група: $6,25 \pm 0,34$, III група: $8,81 \pm 0,54$ ($F=14,37$, $p<0,001$). Рівень стресу також збільшувався у пацієнтів з алекситимією. Показник для пацієнтів без алекситимії складав $6,80 \pm 0,45$, у хворих з тенденцією до алекситимії – $8,00 \pm 0,36$, а у алекситимічних пацієнтів досягнув $9,74 \pm 0,51$ ($F=9,94$, $p<0,001$). Аналіз результатів методики психологічної діагностики ставлення до хвороби ЛОБІ дозволив виявити переважання відсотка тривожного типу реагування на захворювання (53,51%) у групі III над аналогічним показником у групі I (7,22%) та II (26,95%). Наступними за частотою виявлення у пацієнтів з алекситимією виявились сенситивний (31,58%) та неврастенічний (24,56%) типи реагування.

Таким чином, наявність алекситимії у пацієнтів із порушеннями серцевого ритму поєднується із збільшенням рівня ворожості, тривоги, депресії та стресу, обумовлюючи несприятливі типи реагування на хворобу (тривожний, сенситивний та неврастенічний).