

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

МАТЕРІАЛИ

всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
**«Медична реабілітація в Україні:
сучасний стан та напрями розвитку,
проблеми та перспективи»**

8 вересня 2022 року



**ПОЛТАВА
2022**

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І.**

«Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2022; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», 8 вересня 2022 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2022. – 80 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів медичної реабілітації в Україні фахівцями різних спеціальностей, питанням медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та правоохоронців, постраждалих внаслідок бойових дій, оптимізації роботи реабілітаційних закладів під час військової агресії рф та в мирний час.

УДК 615.8+616-08-039.76](477)(063)

©Полтавський державний медичний університет, 2022

добрий рівень адаптації. За такої умови в Гр. I 1 (3%) особа мала соціальну дезадаптацію, 3 (9,1%) – утруднену, 19 (57,6%) – достатній рівень, 10 (30,3%) – високий рівень соціальної адаптації. В Гр. II 7 (18,4%) осіб мали дезадаптацію, 18 (47,4%) – утруднену адаптацію, 10 (26,3%) – достатній рівень, 3 (7,9%) – високий рівень. В Гр. III дезадаптація була у 25 (75,8%) доглядачів, утруднена адаптація – у 8 (24,2%).

При статистичному аналізі виявлено збільшення частоти проявів соціальної дезадаптації в Гр. III порівняно із Гр. II ($\chi^2=23,453$, $p=0,001$) та Гр. I ($\chi^2=36,554$, $p<0,001$). Утруднена адаптація частіше спостерігалася в Гр. II у порівнянні із Гр. I ($\chi^2=12,424$, $p<0,001$), та в Гр. III у порівнянні із Гр. II ($\chi^2=4,070$, $p=0,044$). Доглядачі описували порушення адаптації у вигляді негативно забарвлених переживань, іноді відмічалися клінічно виражені психопатологічні синдроми.

Згідно результатів отриманих під час дослідження констатовано, що ступінь нейропсихіатричних порушень у пацієнтів з деменцією має суттєвий вплив на рівень соціальної адаптації їх доглядачів. Встановлено, що у доглядачів із низьким рівнем показника психічної напруженості рідше відмічалися прояви соціальної дезадаптації ($p<0,001$). Отримані результати можуть слугувати підставою для розробки та удосконалення програм психологічної корекції для членів сімей, де проживає хворий на деменцію.

ВПЛИВ СТРЕСОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

Ісаков Р.І., Животовська А.І., Бойко Д.І.

Полтавський державний медичний університет

Тривога є поширеним корелятом різних стресорів. Зазнаючи сильного або постійного стресу, люди часто відмовляються від соціальних взаємодій, стають дратівливими, переживають страх, тривогу, напруження. Загальна картина, що впливає з сучасних досліджень, полягає в тому, що тривожні розлади – це захворювання, які погіршують якість життя та соціальне

функціонування у низці життєвих областей. Якість життя хворої людини у сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Безпосередня участь пацієнта в оцінці свого стану та активне його залучення до співпраці є важливим фактором ефективної взаємодії з лікарем, оскільки тільки хворий може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя, пов'язаними безпосередньо з симптомами захворювання та його психологічними, соціальними та іншими наслідками.

Метою роботи було дослідження якості життя у пацієнтів з тривожними розладами невротичного генезу в залежності від рівня стресового навантаження.

Дослідження проводилось на базі КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» і базувалось на обстеженні 40 пацієнтів (23 жінки, 17 чоловіків) з тривожними розладами віком від 21 до 59 років. За МКХ-10 у 16 осіб діагностовано розлади адаптації (F43.22, F43.23), у 2 – панічний розлад (F41.0), у 4 – генералізований тривожний розлад (F41.1), у 14 – змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2), у 4 – інші змішані тривожні розлади (F41.3, F41.8). Тривалість захворювання становила від 2 місяців до 2 років. Обстеження проводилось із використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження. Психодіагностичний метод включав у себе визначення рівня тривоги та депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS, 1983), рівня стресового навантаження за опитувальником PSM-25 (в адаптації Н.Є. Водоп'янової, 2009), оцінку якості життя за шкалою «SF-36 Health Status Survey» (1992). Всі обстежені в залежності від показника психічної напруженості (ППН) за опитувальником PSM-25 були розподілені на 3 клінічні групи, репрезентативні за віком та статтю: в 1 групу включено 12 осіб з низьким рівнем сприйняття стресового навантаження (ППН <100

балів), в 2 групу – 17 осіб з середнім рівнем (ППН 100-154 бали), в 3 групу – 11 осіб з високим рівнем стресу (ППН >155 балів).

Аналізуючи рівень тривоги за шкалою HADS, констатовано, що у 41,7±14,2% осіб 1 групи був виявлений клінічний (більше 11 балів) рівень тривоги, у 58,3±14,2% – субклінічний (8-10 балів), в 2 групі – у 94,1±5,7% та 5,9±5,7% відповідно, тоді як в 3 групі у всіх пацієнтів виявлялася клінічно виражена тривога. Клінічно виражена депресія була в 41,2±11,9% осіб 2 групи та 54,5±15,0% – 3 групи, субклінічна депресія відмічалася в 25,0±12,5% пацієнтів 1 групи, 17,6±9,2% – 2 групи та 45,5±15,0% – 3 групи.

Середній показник рівня тривоги в 1 групі становив 10,7 балів, в 2 групі – 13,8, в 3 групі – 15,1. Отримані результати були перевірені на значущість за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. За статистичними даними, U-критерій Манна-Уїтні в порівнянні між 1 та 3 групою дорівнює 19. Критичне значення U-критерія Манна-Уїтні за заданої чисельності в групах становить 33; $19 \leq 33$, отже відмінності рівня ознаки в порівнюваних групах статистично значущі ($p < 0,05$). При порівнянні 1 та 2 групи U-критерій Манна-Уїтні дорівнює 43,5. Критичне значення U-критерія Манна-Уїтні за заданої чисельності в групах становить 57; $43,5 \leq 57$, отже відмінності статистично значущі ($p < 0,05$). Середній рівень депресії в 1 групі склав 6,4 балів, в 2 групі – 8,1, в 3 групі – 10,5. Встановлено, що U-критерій Манна-Уїтні в порівнянні між 1 та 3 групою дорівнює 11,5. Критичне значення U-критерія Манна-Уїтні за заданої чисельності в групах становить 33; $11,5 \leq 33$, отже рівень статистичної значущості $p < 0,05$. Це означає, що рівень стресового навантаження суттєво впливає на клінічні прояви тривоги та депресії.

В результаті проведеного дослідження за опитувальником SF-36 виявлено, що найнижчі показники якості життя були в групі з високим рівнем стресового навантаження, а найвищі – в групі з низьким рівнем. В 1 та 2 групі найнижчий бал відмічався за шкалами «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» – 19,4±5,2 та 23,5±6,7 балів відповідно та

«психологічний компонент здоров'я» – $30,8 \pm 2,0$ та $27,3 \pm 1,6$, в 3 групі – за шкалами «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» – $3,0 \pm 3,2$ та «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» – $20,4 \pm 6,9$.

Встановлено значущу різницю при порівнянні 1 та 3 групи за наступними показниками: «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» – $47,9 \pm 10,4$ та $20,4 \pm 6,9$ балів відповідно ($p=0,039$), «інтенсивність болю» – $67,5 \pm 7,5$ та $36,2 \pm 4,0$ ($p=0,0014$), «загальний стан здоров'я» – $60,6 \pm 5,4$ та $44,5 \pm 2,5$ ($p=0,013$), «життєва активність» – $49,6 \pm 3,9$ та $34,1 \pm 1,7$ ($p=0,0015$), «соціальне функціонування» – $52,1 \pm 5,9$ та $34,1 \pm 3,1$ ($p=0,014$), «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» – $19,4 \pm 5,2$ та $3,0 \pm 3,2$ ($p=0,013$), «фізичний компонент здоров'я» – $49,6 \pm 2,4$ та $41,6 \pm 1,9$ ($p=0,014$). Констатовано значущі відмінності між 1 та 2 групою за показниками «інтенсивність болю» – $67,5 \pm 7,5$ та $50,7 \pm 3,7$ балів відповідно ($p=0,027$) та «життєва активність» – $49,6 \pm 3,9$ та $37,6 \pm 2,9$ ($p=0,021$), між 2 та 3 групою – за показниками «рольове функціонування обумовлене фізичним станом» – $44,1 \pm 8,4$ та $20,4 \pm 6,9$ ($p=0,039$) та «рольове функціонування обумовлене емоційним станом» – $23,5 \pm 7,8$ та $3,0 \pm 3,2$ балів ($p=0,02$).

Таким чином, у пацієнтів з тривожними розладами невротичного генезу з високим рівнем психологічного стресу переважали клінічно виражена тривога і депресія ($p < 0,05$). Встановлена тенденція до погіршення якості життя у всіх сферах функціонування по мірі наростання показника психічної напруженості. Значуще нижчі показники якості життя були притаманні пацієнтам з тривожними розладами з високим стресовим навантаженням порівняно з особами з низьким або помірним рівнем. Отримані дані слід враховувати при проведенні диференційованого підходу до терапії даної когорти пацієнтів.

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України ректора Полтавського державного медичного університету	
Вячеслава Ждана	3
Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О., Вовк О. Я. Становлення медичної реабілітації в західних країнах та в Україні.....	5
Балаш О.П. Досвід застосування доступних вправ лікувальної гімнастики в реабілітації військових ЗСУ, хворих на остеохондроз хребта та його ускладнень.....	8
Брич В.В. Інформаційно-комунікаційне забезпечення як елемент зміцнення реабілітаційного компоненту системи охорони здоров'я регіону.....	13
Грейда Н.Б. Реабілітація осіб з обмеженими можливостями засобами ерготерапії.....	15
Животовська Л.В., Орлова О.В., Боднар Л.А. Особливості ресурсу соціальної адаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією	18
Ісаков Р.І., Животовська А.І., Бойко Д.І. Вплив стресового навантаження на якість життя пацієнтів з тривожними розладами.....	20
Катеренчук В. І. Шляхи зменшення дезадаптації хворих з цукровим діабетом типу 2, яким вперше було призначено інсулінотерапію під час війни в Україні..	24
Кундій Ж.П., Дворнік В.М., Скрипніков А.М., Васильєва Г.Ю., Куценко Н.П. Особливості взаємозв'язку стресостійкості, особистісних властивостей та особливостей подолання стресу у студентів медичного профілю.....	27
Корчан Н.О., Свінцицька Н.Л., Підлужна С.А, Федорченко І.Л., Каценко А.Л. Застосування комплексу реабілітаційних заходів на різних етапах відновлення військовослужбовців.....	33
Лигун Н. В.; Охріменко І. М. Організаційні засади збереження й відновлення психічного здоров'я працівників органів та підрозділів системи МВС України.....	37
Підлужна С.А., Корчан Н.О., Шерстюк О.О. Реабілітаційна допомога при	