

ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЯНСУ В ПСИХІАТРІЇ

Дрюченко М.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра психології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород.
Ключові слова: Терапевтичний альянс - ТА, компасне, синдром професійного вигорання, комунікативна компетентність.

Вступ: сучасне реформування медичної галузі України та зміна концепції функціонування психіатричної допомоги передбачає заміну принципу соціального патерналізму на принцип правового партнерства. Імплементация принципу партнерства у відносинах «лікар – пацієнт» супроводжується складним багатоступеневим процесом опору та подолання; особливо це стосується пацієнтів з психічними розладами. Наявна патерналістична модель взаємовідносин сприймається єдиною прийнятною для більшості лікарів та комфортною для пацієнтів. Тому трансформація застарілих моделей відносин в медичному просторі (психіатричному) передбачається як складний, тривалий процес, що потребує відповідного наукового обґрунтування та практичних рекомендацій.

Мета:

отримати інформацію про найбільш значимі характеристики ТА серед пацієнтів та лікарів психіатричного профілю
визначити діагностичні критерії оцінки ТА
окреслити групи ТА в залежності від наявної психіатричної патології
виявити симптоми емоційного вигорання у психіатрів з різними формами ТА

Матеріали та методи: 50 пацієнтів психіатричного профілю, яким було запропоновано заповнити анкету; цілеспрямоване інтерв'ю з 12-ми лікарями-психіатрами.

Результати: завдяки проведеному дослідженню були виявлені фактори, що впливають на формування ТА серед пацієнтів та лікарів; сформульовані діагностичні критерії рівня комплаєнтності та комунікативної компетентності лікарів-психіатрів; встановлені домінуючі форми ТА серед пацієнтів з шизофренією та депресією; вплив індивідуальних факторів на подолання синдрому професійного вигорання.

Висновки: необхідність створення оптимальних моделей терапевтичного альянсу в психіатричній практиці повинна супроводжуватися з врахуванням виявлених факторів формування ТА. Проблема подолання емоційного вигорання повинна вирішуватися в рамках індивідуально-професійного регістру. Домінуючими причинами зниження комунікативної компетентності лікаря є інтегративний патерн особистісного опору.

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ:

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Пулик О. Р., Гирявцев М. В., Гечко М. М., Кушнірєвич А. Л.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії.

Вступ: Синдром обструктивного апное сну (СОАС) – характеризується періодичним припиненням дихання уві сні, через спадання стінок дихальних шляхів на рівні глотки. Дихальні шляхи можуть спастися повністю, і тоді розвивається апное – припинення повітряного потоку (легеневої вентиляції) тривалістю до 10 с і більше. При неповному спаданні дихальних шляхів відзначається гіпноное – істотне зниження повітряного потоку (більш ніж 50% від вихідних значень), який поєднується із зниженням насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем (сатурації) на 3% і більше. Багато-разові епізоди апное протягом ночі супроводжуються хеморефлекс-опосередкованим збільшенням симпатичної активності в периферичних кровоносних судинах із подальшою вазоконстрикцією. Наприкінці епізоду апное артеріальний тиск може досягти рівня понад 240/130 мм рт.ст. Цей гемодинамічний стрес обумовлений тяжкою гіпоксемією, гіперкапінею та адренергічною активацією. Причинами звуження верхніх дихальних шляхів можуть бути: вроджена вузькість дихальних шляхів; анатомічні дефекти на рівні носа і глотки (поліпи, збільшення мигдаликів, подовжений піднебінний язичок, новоутворення); ретрогнатія і мікрогнатія; здавлення дихальних шляхів ззовні жировими відкладеннями; набряк глоткових структур (гіпотиреоз); акромегалія. Типовим є портрет пацієнта, котрий страждає на СОАС, це повна людина гіперстенічної конституції, червоним або багряно-синюшим набряклим обличчям, часто із нізкесією судин склер і хрипким голосом.

Клінічний випадок. Хворий В. 56 років звернувся до невролога Закарпатську ОКЛ ім. А.Новака із скаргами на порушення дихання під час сну, сильне хрипіння (зі слів дружини), сонливість протягом дня, підвищення артеріального тиску, потерпання рук та ніг, задуху при мінімальному фізичному навантаженні, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє близько 8 років, коли значно збільшилась маса тіла, поступово почав сильно хрипіти, згодом жінка помітила короточасне припинення дихання під час сну, періодичне засипання протягом дня. Значне погіршення стану за останні два роки: став неуважним на роботі, часто засинає, що відмічають колеги, став отримувати зауваження. «Паузи» у диханні протягом ночі зі слів жінки стали більш частими. Два місяці тому переніс ТІА в басейні праворуч СМА. Із анамнезу життя – хворіє цукровим діабетом II типу, ІХС, гіпертонічною хворобою Іст, хронічним панкреатитом. Із об'єктивного стану: ожиріння Іст. та підвище-