

10. Alexander J. Prevention of deep wound infection in morbidly obese patients by infusion of an antibiotic into the subcutaneous space at the time of wound closure. / J. Alexander, R. Rahn. // *Obes Surg.* – 2004. – Vol. 14 – P. 970–974.
11. De Aquiar L.G. Metformin improves endothelial vascular reactivity in first-degree relatives of type diabetic patient with metabolic syndrome and normal glucose tolerance. / L.G. De Aquiar, L.R. Bahia., N. Villela // *Diabetes Care.* – 2006. – Vol. 29 (5). – P. 1083–1089.
12. Sirtori C.R. Re-evaluation of a biguanide, metformin: mechanism of action and tolerability / C.R. Sirtori, C. Pasik. // *Pharmacol Res* – 1994. –Vol. 30– P. 197–228.
13. Vastine V. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. / V. Vastine, R. Morgan, G. Williams [et al.] // *Ann Plast Surg* – 1999. - Vol.42 – P. 34-39.
14. Wilson J. Obesity: impediment to wound healing. / J. Wilson, J. Clark. // *Crit Care Nurs Q* – 2003. – Vol. 26 - P. 119-132.

Реферати

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И ОЖИРЕНИЕМ

Лавренко Д. А.

В условиях хирургического отделения многопрофильного лечебного учреждения проведен анализ результатов лечения 166 пациентов с вентральными грыжами и ожирением. Пациенты были разделены на 2 группы: 30 больных лечившихся по предложенной нами методике (основная группа, период 2012-2015 года), и 136 больных, которые лечились по традиционной лечебной схеме (группа сравнения, период 2009-2012 года). Для улучшения результатов хирургического лечения больных с ветральными грыжами и ожирением было предложена и использована методика, основанная на комплексной профилактике послеоперационных раневых осложнений на всех этапах периоперационного периода. Согласно проведенного анализа течения послеоперационного периода у больных основной группы, удалось добиться снижения количества раневых осложнений.

Ключевые слова: вентральная грыжа, ожирение, раневые осложнения, профилактика послеоперационных осложнений.

Статья надійшла 19.05.2015 р.

PREVENTION OF POSTOPERATIVE WOUND COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS AND OBESITY

Lavrenko D. A.

In conditions of the surgical department of a multitype medical facility the results of the treatment of 166 patients with ventral hernias and obesity have been analysed. Patients were divided into 2 groups: 30 patients were treated by our proposed method (study group, the period of 2012-2015), and 136 patients who were treated by traditional medical scheme (the comparison group, the period of 2009-2012 years). To improve the results of surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity a methodology based on comprehensive prevention of postoperative wound complications at all stages of the perioperative period have been proposed and used. According to the analysis of postoperative period it was managed to reduce the number of wound complications in patients from the main group.

Key words: ventral hernia, obesity, wound complications, prevention of postoperative complications.

Рецензент Ляховський В.І.

УДК 616.1/9-05 : 616.89-008.441./454

В. М. Корнацький, Д. М. Мороз

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» НАМН України», м. Київ

СТРАТЕГІЯ ЦІЛІСНОГО ПІДХОДУ У ВЕДЕННІ СОМАТИЧНОГО ПАЦІЄНТА З ТРИВОГОЮ ТА ДЕПРЕСІЄЮ

Мультиморбідний пацієнт на сьогодні є найбільш складною та важливою проблемою системи охорони здоров'я, особливо в умовах хронічного стресу, що є передумовою порушень психічного здоров'я. При веденні соматичного хворого недооцінюється психологічна складова, як можлива причина незадовільного стану здоров'я, відсутня модель інтегрованої медико-психологічної допомоги населенню.

Ключові слова: психічні порушення, пацієнт, тривога, депресія, лікування.

В липні 2015 року ВООЗ опублікувала «Глобальну стратегію людино-центрованої та інтегрованої системи медичної допомоги» [11], що передбачає цілісний та гуманістичний її напрямок свідомий підхід до потреб індивіда та залучення його до покращення стану свого здоров'я, як відповідального за свої потреби, в реалізації якої виділено основні принципи: всеосяжність і простота у підході до потреб здоров'я; доступність та досяжність для всіх; координована система послуг навколо потреб людини; цілісний підхід, що охоплює фізичне, соціально-економічне, психічне та емоційне благополуччя людини; профілактика хвороб через дотримання здорового способу життя та мінімізацію чинників негативного впливу на здоров'я; Система інтегрованої медичної допомоги почала своє становлення в США у відповідь на проблему фрагментованої моделі [9] та у країнах з розвинутою конкуренцією в галузі страхування [10]. Починаючи з раних 1990-х подібна ініціатива у інтегрованому підході виникла і в країнах з державною моделлю системи охорони здоров'я. В розумінні інтегрованого підходу, розуміється структурна інтеграція послуг та постачальників (лікарня – поліклініка), у вертикальному

напрямку – між ієрархічними підрозділами, у горизонтальному – між структурними підрозділами лікувального закладу [8].

Враховуючи соціально-економічну ситуацію в Україні, та системі охорони здоров'я, модель інтегрованої медичної допомоги може бути реалізована в далекому майбутньому.

Метою роботи було надання цілісної медичної допомоги хворому, вже сьогодні. Особливо це питання актуальне для виявлення неспсихотичних психічних розладів (тривога, депресія, коморбідна патологія) серед пацієнтів соматичних стаціонарів.

«Соматизація» є характерною для пацієнтів з неспсихотичними психічними порушеннями, що проявляється у заміщенні психоемоційних та соціальних проблем тілесними відчуттями [4, 6]. За даними різних джерел від 24% до 64% хворих з соматичними захворюваннями мають супутні психічні порушення [3]. За даними ВООЗ у розвинених країнах лише 1/3 пацієнтів з психічними порушеннями отримує лікування, у країнах з середнім та низьким рівнем доходів цей показник складає 2%. Значна поширеність та низька частота виявлення, а також недостатня курабельність поєднаних соматичних та тривожно-депресивних станів, знижують ефективність медичної допомоги, ускладнюють її організацію та сприяють зростанню незадоволення населення якістю [1]. Причини, за яких виявлення та лікування тривожних та депресивних розладів соматичних хворих є мінімальним, можна розділити на групи: З боку системи охорони здоров'я: відсутність у наказі МОЗ України «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» від 23.02.2000 №33 посади лікаря-психолога; дефіцит психологічних знань та навичок психодіагностики; недостатність часу (норматив завантаженості лікаря не дозволяє розширювати свій фокус уваги з соматичних симптомів на психічні); З боку спеціаліста: недооцінка покращення соматичного здоров'я пацієнта в результаті корекції психічних порушень; інтерпретація лікарем тривоги та депресії, як характерологічна особливість пацієнта, типова життєва реакція на хворобу; небажання лікаря витратити час та увагу на не його сферу.

З боку пацієнта: культуральні особливості (небажання висвітлювати «внутрішні проблеми», загроза соціальної стигматизації, різноманітні бар'єри у спілкуванні лікаря та пацієнта); небажання розлучатись зі своїм пато психологічним симптомом, так само, як й з будь-якою іншою шкідливою звичкою; зміщення відповідальності за своє здоров'я на лікаря.

З боку захворювання: масковані стани; атипова клінічна картина депресії; коморбідна патологія; атипія та поліморфізм тривожних та депресивних розладів.

Останні десятиліття у світі активно розробляється та впроваджується концепція цілісного підходу до пацієнта, з фокусом уваги на людині в цілому, а не на хворобі. В цьому напрямку працюють різні школи та вчені, вони можуть відрізнитись за назвою та методологією, але всіх їх об'єднує концепція інтеграції соматичного і психічного та цілісний підхід до бачення пацієнта та його захворювання. Наведемо деякі з них.

Мультидисциплінарна командна допомога (МКД) – тип організаційної структури, орієнтований на взаємодію між кількома фахівцями, які беруть участь в лікуванні пацієнта. Забезпечує обмін клінічної та технічної інформації між лікарями і допоміжними підрозділами, що беруть участь у допомозі. Впровадження і формат МКД заохочує брати активну участь усіх суб'єктів (у тому числі пацієнта і його / її сім'ї) в розробці плану догляду [5]. Командний метод ведення хворих (інтерніст + психіатр або психотерапевт + медичний психолог) стає все більш популярним за кордоном, але в Україні до сьогодні ще не отримав достатнього розповсюдження.

Психіатрія консультативної взаємодії (consultation-liaison psychiatry) – спосіб корекції емоційних та поведінкових порушень серед пацієнтів психосоматичного профілю, заснований на підході «mind-body» (цілісність психіки та тіла) передбачає, що здоров'я та захворювання є наслідком взаємодії декількох факторів - генетики, раннього оточення, індивідуального розвитку та впливу стресових чинників [7]. Дана модель впроваджує інтеграцію лікарів інтерністів з психіатрами.

Подібною до попередніх підходів є модель «взаємодія – приєднання» [Shepherd M. Et al, 1966; Strathdee G. Et al., 1986; Tyrer P., Person B., Wadsworth J., 1990], відповідно до якої психіатр є спеціалістом, що взаємодіє з лікарями загально медичної мережі, сприяє підвищенню кваліфікації та знань у сфері психічного здоров'я, а з іншого боку – приєднується до спільного з інтерністами ведення пацієнтів з коморбідною патологією.

Метою роботи було визначення стратегії цілісного підходу у веденні соматичного пацієнта з тривогою та депресією.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження здійснювались на базі ДУ ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, з березня 2014 року впроваджується інтегрований підхід у веденні соматичного пацієнта. В структурі Інституту діє центр психологічної допомоги, у функції якого входить повний спектр лікувально-діагностичних заходів, що забезпечується роботою спеціалістів – психолога, психіатра, психотерапевта. Скринінговому обстеженню психічного стану підлягло більше 800 пацієнтів, консультативна психолого-психотерапевтична допомога надана близько 350 хворим, з них психотерапевтична консультативна - 158, а в роботі психотерапевтичних груп прийняли участь 136. В клінічному дослідженні прийняли участь 508 пацієнтів, з них 256 чоловіків та 252 жінки, середній вік склав 53,6 ($\pm 8,56$). За нозологічними формами захворювань розподіл хворих відображено у таблиці 1. Найбільша частка представлена пацієнтами з артеріальною гіпертензією (АГ) – 26%, ішемічною хворобою серця (ІХС) – 22%, аритміями – 19%.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за нозологіями та віком

Нозологія	Кількість осіб	Частка хворих, %	Середній вік, роки
Артеріальна гіпертензія	131	26	54($\pm 8,8$)
Ішемічна хвороба серця	114	22	55($\pm 8,0$)
АГ + ІХС	52	10	61($\pm 8,8$)
Некоронарогенні захворювання серця	59	12	40($\pm 9,3$)
Інфаркт міокарда	53	10	55($\pm 8,0$)
Аритмії	99	19	55($\pm 8,7$)
Всього	508	100	53,5($\pm 8,56$)

Використовувались клініко-психопатологічний метод дослідження (структуроване інтерв'ю), Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ), Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.).

Особливу увагу приділено дослідженню тривоги, депресії та поєднаних тривожно-депресивних станів у взаємозв'язку з чинниками впливу на здоров'я (вік, стать, регіон проживання, освіта, нозологія, характер лікування, фізична активність, шкідливі звички, робота, сімейні стосунки, матеріальний стан) та взаємозалежність між ними.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до даних таблиці 2, в абсолютному відношенні найбільше психічних неспсихотичних порушень у віковій групі 50–59 років. Було розраховане модальне значення віку пацієнтів з психічними порушеннями. Виявилось, що найбільш часто в сукупності зустрічаються пацієнти у віці 55,7 років.

Таблиця 2

Частка психічних порушень у вікових групах

Вікові групи	Депресія		Тривога		Тривожно-депресивний розлад	
	Абсолютна кількість	Частка, %	Абсолютна кількість	Частка, %	Абсолютна кількість	Частка, %
20-29	-	0	9	34,6	9	34,6
30-39	1	2,2	12	26,1	9	19,6
40-49	7	9,6	33	45,2	12	16,4
50-59	15	6,9	75	34,6	42	19,4
60-69	15	11,3	28	21,1	40	30,1
70-79	1	7,7	2	15,4	3	23,1
Всього	39	7,7	159	31,3	115	22,6

Найбільша частка депресивних порушень (11,3%) спостерігається у віковій групі 60 – 69 років, тривожних (45,2%) – у групі 40 – 49 та тривожно-депресивних у 20 – 29 років.

При аналізі гендерного розподілу тривожних та депресивних порушень, тривожний та тривожно-депресивний синдром має більший прояв у жіночої статі – 19,7% та 13,9% відповідно, проте, як у чоловіків – 11,6% та 8,7%. Депресивний синдром на 1% вищий у чоловіків – 4,3% проти 3,3% у жінок (таблиця 3).

Розкладаючи частоту тривоги та депресії в залежності від місця проживання встановлено, що тривожно-депресивні стани більше у сільській місцевості – 28,8% (кожен третій), в місті – кожен п'ятий – 20,2%. Тривожний синдром приблизно рівномірно, як у жителів міста (31,8%) та і сільської місцевості (30,1%). Маємо перевагу депресивних станів у місті – 8,3%, проти 6,2% в селі (таблиця 4). Вияв психічних порушень в залежності від освіти, показав, що тривога значно переважає серед пацієнтів з вищою освітою – 36,9%, тоді, як із середньою – 25,7%. Депресія має

частіший прояв серед хворих з середньою освітою – 9,1%, в порівнянні з 6,3% із вищою. Частка з тривожно-депресивними проявами на 10% вище у хворих з середньою (27,7%) у порівнянні з вищою (17,7%) (таблиця 5).

Таблиця 3

Гендерні відмінності за психопатологічним синдромом

Стать	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний синдром	
	Кількість	Частка,%	Кількість	Частка,%	Кількість	Частка,%
Чоловіки	59	11,6	22	4,3	44	8,7
Жінки	100	19,7	17	3,3	71	13,9
Всього	159	31,3	39	7,3	115	22,6

Таблиця 4

Розподіл частоти виявлення тривожних та депресивних розладів

Місцевість	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний синдром	
	Кількість	Частка,%	Кількість	Частка,%	Кількість	Частка,%
Місто	115,0	31,77	30,0	8,29	73,0	20,17
Село	44,0	30,14	9,0	6,16	42,0	28,77
Всього	159,0	31,30	39,0	7,68	115,0	22,64

Таблиця 5

Розподіл непсихотичних порушень з різним рівнем освіти

Освіта	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний синдром	
	Кількість	Частка,%	Кількість	Частка,%	Кількість	Частка,%
Вища	94,0	36,86	16,0	6,27	45,0	17,65
Середня	65,0	25,69	23,0	9,09	70,0	27,67
Всього	159,0	31,30	39,0	7,68	115,0	22,64

При аналізі частоти тривожно-депресивних розладів у нозологічних групах, встановлено найбільше їх у хворих з некоронарогенними захворюваннями серця – 78%. Сумарна частка всіх розладів у вибірці склала 61,6%. Найбільша частка пацієнтів з тривогою у групі некоронарогенних захворювань серця (44,1%) та артеріальної гіпертензії (34,4%), депресивних найвища у групі ішемічної хвороби серця (13,2%), тривожно-депресивні розлади – серед поєднаної патології ІХС та АГ (30,8%), а також НЗС (27,1%). Таким чином, три нозологічні групи – АГ, ІХС та НЗС є найбільш насиченими за непсихотичними проявами (таблиця 6).

Таблиця 6

Частка непсихотичних психічних розладів у нозологічних групах

Нозологія	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний розлад	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
АГ	45	34,4	6	4,6	30	22,9
ІХС	35	30,7	15	13,2	23	20,2
АГ+ІХС	12	23,1	5	9,6	16	30,8
НЗС	26	44,1	4	6,8	16	27,1
ІМ	10	18,9	4	7,5	8	15,1
Аритмії	31	31,3	5	5,1	22	22,2
Всього	159	31,3	39	7,7	115	22,6

Паління, як фактор ризику розвитку серцево-судинної патології, заслуговує окремої уваги. Так, серед курців, тривожних на 7,5%, а тривожно-депресивних на 4,2% більше, ніж серед тих, хто не палить. Депресивні порушення розподілились приблизно порівно в обох групах в межах 7,4% - 8,3% (таблиця 7).

Таблиця 7

Розподіл тривожно-депресивних порушень в залежності від паління

Паління	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний розлад	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
Палять	41	26,1	13	8,3	31	19,7
Не палять	118	33,6	26	7,4	84	23,9
Всього	159	31,3	39	7,7	115	22,6

Значна роль у виникненні та розвитку серцево-судинних захворювань належить соціальним факторам, таким як робота та сім'я. При аналізі враховувався вид зайнятості і психологічні та санітарно-технічні умови роботи. З таблиці 8 бачимо, що найбільша частка пацієнтів з тривогою серед осіб з інвалідністю, з депресією – серед безробітних та пенсіонерів – 11,8% та 11,5% відповідно, з тривожно-депресивним розладом – серед пенсіонерів (29,7%), осіб з інвалідністю (27,3%) та безробітних (25,5%).

Таблиця 8

Розподіл тривожно-депресивних розладів в залежності від виду зайнятості

Зайнятість	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний розлад	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
Повна	90	35,43	13	5,12	45	17,72
Часткова	11	40,74	1	3,70	5	18,52
Безробітний	14	27,45	6	11,76	13	25,49
Пенсіонер	39	23,64	19	11,52	49	29,70
Інвалідність	5	45,45	0	0,00	3	27,27
Всього	159	31,30	39	7,68	115	22,64

Не менш цікавим було визначення впливу сімейних стосунків на психоемоційний стан пацієнтів. Первинно вивчався сімейний стан: переважали одружені – 78%, по 9% розлучених та вдівців та 4% неодружених. Найбільша частка тривожних спостерігається у групі неодружених – 41,2%, кожен третій має тривогу як серед розлучених, та і серед одружених. До 17% досягає частка депресивних пацієнтів у групі розлучених, серед вдівців частка депресій сягала 8,5%. Майже кожен другий (46,8%) у групі вдівців має тривожно-депресивний розлад. Треба зазначити, що за гендерною ознакою серед вдівців значно переважали жінки (89%). У кожного четвертого з розлучених та неодружених спостерігався тривожно-депресивний розлад, та майже у кожного п'ятого одруженого (таблиця 9).

Таблиця 9

Частка психічних розладів в залежності від сімейного стану

Сімейний стан	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний розлад	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
Одружений	130	32,7	26	6,5	77	19,4
Розлучений	13	27,7	8	17,0	12	25,5
Неодружений	7	41,2	1	5,9	4	23,5
Вдівець	9	19,1	4	8,5	22	46,8
Всього	159	31,3	39	7,7	115	22,6

Якість життя відображає загальне благополуччя та ступінь задоволеності тими ланками життя людини, на які впливає стан здоров'я та навпаки – захворювання змінює біосоціальний статус, що має відображення на якості життя. Переважна більшість пацієнтів – 42% (211 осіб) відмітили середній рівень, 37% (185) стверджують про високий, 15% (78) – низький, дуже високий зазначили 5% (27) та 1% (7) – дуже низький. Наведені дані відображені на рисунку 1.

Стосовно гендерного розподілу, то маємо більшу частку жінок (46,03%) в групі середнього рівня проти чоловіків (38,28%), майже вдвічі більша частка чоловіків у двох маргінальних групах – «дуже високий» (6,64%/3,57%) та «дуже низький» (1,95%/0,40%), але вони малочисельні.

Цікавим є аналіз тих чинників, які призводять до зниження рівня якості життя. Рисунок 2 відображає середній бал оцінки критеріїв якості життя. На першому місці є показники здоров'я (середній бал 1,2), що є цілком обґрунтованим. Наступні три стосуються соціальної сфери людини – «соціальний статус» (1,4), «робота» (1,5), «соціальна активність» (1,5), після показників здоров'я, є показниками невдоволення, що впливає на загальну якість життя. З іншого боку відзначається позитивна тенденція, що більшість є втішеними у сімейному житті та мають підтримку друзів. Так, за критерій «любов» отриманий найвищий середній бал з усіх критеріїв – 2,5, за ним слідує «друзі» - 2,2 та «сім'я» - 1,9. Наступні критерії мають посередню оцінку у рейтингу – «задоволення від життя» - 1,8, «фінансове благополуччя» - 1,7, «реалізованість» - 1,6. Наразі розглянемо як відображається оцінка якості життя на психоемоційному стані (таблиця 10).

Найвищі рівні депресивних та тривожно-депресивних розладів демонструють групи низького (21,79% та 42,86%) та дуже низького (56,42% та 42,86%) рівнів. Частка тривоги

найвищою виявилась у групі середньої оцінки. Сумарна частка всіх психічних порушень непсихотичного рівня відмічена у групі низької оцінки якості життя – 88,5%.

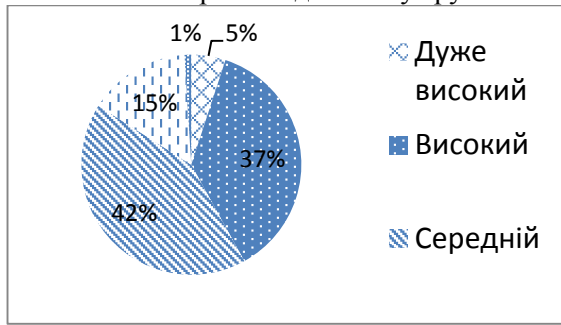


Рис. 1. Розподіл хворих в залежності від рівнів якості життя.

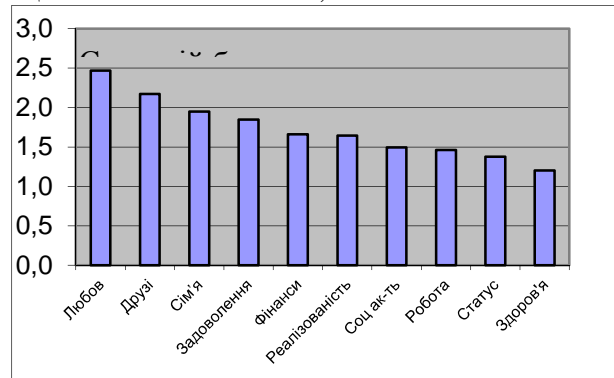


Рис. 2. Розподіл категорій, що впливають на якість життя пацієнтів.

Таблиця 10

Розподіл психічних порушень в залежності від рівня якості життя

Рівень якості життя	Тривога		Депресія		Тривожно-депресивний розлад	
	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %	Число осіб	Частка, %
Дуже високий	5	18,52	0	0	0	0
Високий	60	32,43	7	3,78	19	10,27
Середній	86	40,76	12	5,69	49	23,22
Низький	8	10,26	17	21,79	44	56,41
Дуже низький	0	0,00	3	42,86	3	42,86
Всього	159	31,30	39	7,68	115	22,64

Залежність між рівнем життя та наявністю психічних порушень було досліджено на основі розрахунку коефіцієнту взаємної спряженості Пірсона. Встановлено, що існує помірний зв'язок між рівнем якості життя та наявністю (ймовірністю виникнення) психічних порушень (значення коефіцієнту склало 0,491). Істотність зв'язку між зазначеними факторами з імовірністю 95% доводить порівняння розрахункового та табличного значень критерія χ^2 ($\chi^2_{\text{розрах}} = 161,7$; $\chi^2_{\text{табл}} \{ \alpha = 0,05; m = 3 \cdot 4 = 12 \} = 21,03$; $\chi^2_{\text{розрах}} > \chi^2_{\text{табл}}$).

Висновки

1. Встановлено значні порушення психічного здоров'я у хворих з серцево-судинною патологією. Депресивні порушення виявлені у 7,7% (39 осіб) пацієнтів, тривога реєструвалась серед 31,3% (159), тривожно-депресивні порушення у 22,6% (115), загалом, частота непсихотичних психічних порушень у вибірці склала 61,6%; найбільше психічних непсихотичних порушень зустрічається у віковій групі 50 – 59 років, у гендерному відношенні тривожний та тривожно-депресивний синдром має більший прояв у жіночої статі – 19,7% та 13,9% відповідно, проте, як у чоловіків – 11,6% та 8,7%, депресивний синдром на 1% вищий у чоловіків – 4,3% проти 3,3% у жінок; встановлено найбільшу частоту психічних порушень серед некоронарогенних захворювань серця – 78%, найбільше тривожних з АГ – 8,9%, депресивних – ІХС (3%), тривожно-депресивних також найбільше у групі АГ; залучення спеціаліста в галузі психічного здоров'я (психолог, психотерапевт) до інтегрованого ведення пацієнта кардіологічного профілю, дозволяє знизити ризик розвитку психогенних порушень (зниження медіанного значення тривоги з 13 балів до 7, депресії – з 11 до 7) та сприяє зменшенню стигматизації пацієнтів з психічними порушеннями.
2. На розвиток і перебіг серцево-судинної патології значний вплив має психічний стан пацієнта, психічні порушення істотно ускладнюють перебіг соматичного захворювання, що набуває особливої актуальності внаслідок погіршення суспільно-політичної ситуації та потребує розробки та обґрунтування адекватних заходів на покращення рівня здоров'я і середньої тривалості якісного життя громадян.

Список літератури

1. Krasnov V. N. Psihiatriya v pervichnom zvene zdavoohraneniya: novoe reshenie staroy problemy / V. N. Krasnov, T. V. Dovzhenko, A. E. Bobrov [i dr.] // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya / Vipusk No.4 / tom 23 / - 2013.

2. Kovalenko V. M. Stres i hvorobi sistemi krovoobigu (posibnik) // V.M. Kovalenko, V. M. Kornatskogo // - Kyiv – 2015, 354 s.
3. Oganov R. V. Depressii i rasstroystva depressivnogo spektra v obschemeditsinskoj praktike. Rezultaty programmy KOMPAS / R. V. Oganov, L. I. Olbinskaya [i dr.] // Kardiologiya. - 2004. No.1. S. 48-54.
4. Danielsson U. Struck by lightning or slowly suffocating - gendered trajectories into depression / U. Danielsson [et al.]. // BMC Fam Pract - 2009, Vol. 10, 56 p.
5. Fennell M. L. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality / M.L. Fennell, I.P. Das, S. Clauser [et al.] // Natl Cancer Inst Monogr.- 2010, Vol. (40), P. 72-80.
6. Kirmayer L. J. Culture affect and somatization: Part 1 / L. Kirmayer // Transcult Psychiatry- 1984, Vol. 21, P. 159-188.
7. Leigh H. Handbook of consultation-liaison psychiatry / H. Leigh, J. Streltzer // (Eds.) - 2007, XIV, 420 p.
8. Odom Walker Patient perceptions of integrated care: confused by the term, clear on the concept / Odom Walker [et al.] // - International Journal of Integrated Care, Vol.13, January-March - 2013.
9. Van de Ven W. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care / Van de Ven W., Schut F.T., Rutten F.F. [et al.] // Social Science and Medicine - 1994, Vol. 34(10) P. 1405-1412.
10. Waibel S. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients / S. Waibel, I. Vargas, M. B. Aller [et al.] // International Journal of Integrated Care, Vol 15, July - September - 2015.
11. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence // World health organization - 2015.

Реферати

СТРАТЕГИЯ ЦЕЛОСТНОГО ПОДХОДА В ВЕДЕНИИ СОМАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С ТРЕВОЖНОСТЬЮ И ДЕПРЕССИЕЙ

Корнацкий В. М., Мороз Д. М.

Мультиморбидный пациент на сегодня является наиболее сложной и важной проблемой системы здравоохранения, особенно в условиях хронического стресса, который является предпосылкой нарушений психического здоровья. При ведении соматического больного недооценивается психологическая составляющая, как возможная причина неудовлетворительного состояния здоровья, отсутствует модель интегрированной медико-психологической помощи населению.

Ключевые слова: психические нарушения, пациент, тревога, депрессия, лечение.

Стаття надійшла 18.04.2015 р.

STRATEGY FOR HOLISTIC APPROACH IN THE MANAGEMENT OF SOMATIC PATIENT WITH ANXIETY AND DEPRESSION

Kornatsky V.M., Moroz D. M.

Multimorbid patient is currently the most complex and important problem of the health system, especially in conditions of chronic stress, which is a prerequisite of mental health disorder. In the management of somatic patients the psychological component as a possible cause of poor health is underestimated, and there is no model of integrated medical and psychological care.

Key words: mental disorders, patient anxiety, depression, treatment.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616.428-002 -02:616.31]-073.4 – 053.2

Кельон І.В.

В ДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

УЛЬТРАЗВУКОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ ЛІМФАДЕНІТІВ У ДІТЕЙ

Метою роботи було вивчення особливостей ультразвукової картини при гострому гнійному та хронічному гіперпластичному одонтогенному піднижньощелепному лімфаденіті у дітей.

В результаті дослідження проведено аналіз обстеження 40 хворих на гострий гнійний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт та 10 дітей хворих на хронічний гіперпластичний одонтогенний піднижньощелепний лімфаденіт у віці від 7 до 12 років. Аналіз даних доплерівського сканування у хворих на гострий гнійний піднижньощелепний лімфаденіт дозволив встановити, що тривалість періоду від початку захворювання до звернення за допомогою, а також вид ймовірного етіологічного чинника, значно впливає на характер порушень гемоциркуляторного русла. Ступінь кровопостачання знаходиться в прямій залежності від строків, які розділяють первинні клінічні прояви і час звернення за допомогою. Чим він менш тривалий, тим більше інтенсивність кровообігу в ділянці запалення, що створює кращі умови для репаративної регенерації після оперативного втручання. Сонографічна картина при хронічному гіперпластичному одонтогенному піднижньощелепному лімфаденіті характеризувалась збільшенням розмірів, гіперехогенністю та підвищенням периферійного опору судинного компоненту.

Ключові слова: ультразвукографія, діти, піднижньощелепний лімфаденіт

Робота є фрагментом НДР «Удосконалення патогенетичних підходів до комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит», номер державної реєстрації 0110U000449.

Диференційна діагностика різних нозологічних форм лімфаденітів щелепно-лицьової ділянки, а також виявлення факторів, що впливають на їх клінічний перебіг, залишаються актуальними проблемами медичної практики. На даний час серед значної кількості діагностичних засобів, що сприяють вирішенню цієї проблеми, є ультразвукове дослідження, можливості якого дозволяють дослідити специфічну сонографічну анатомію поверхневих лімфатичних вузлів при різноматніх порушеннях морфологічної структури, в залежності від форми запалення в них [1, 5,