

При цьому, на застосування фотозахисних засобів для шкіри при перебуванні на сонці вказали лише 29% опитаних, із них 22,3% чоловіків та 35,8% жінок.

Висновки. Дані про поширеність соціально-біологічних ФР розвитку раку шкіри можуть бути використані для розробки рекомендацій з первинної профілактики цього захворювання.

*Н.В. Іваньо, М.М. Росул, Т.В. Іваньо, М.О. Корабельщикова*

## Стан здоров'я хворих після перенесеного інфаркту міокарда

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Показники ураження дорослого населення України інфарктом міокарда залишаються на високому рівні. Протягом 2016 року в Україні зареєстровано більше 42 тис. випадків інфаркту міокарда (ІМ). Разом з тим, завдяки впровадженню сучасних технологій лікування даної патології смертність має тенденцію до зниження як в абсолютних цифрах (у 2014 р. померло 11801 хворих, в 2016 р. – 9977 хворих), так і в показнику на 100 тис. дорослого населення (27,5 на 100 тис. дорослого населення та 25,7 на 100 тис. дорослого населення відповідно). Велике значення після перенесеного ІМ має якість життя хворих, яка відображає загальне благополуччя та ступінь задоволеності тими ланками життя, на які впливає стан здоров'я.

Метою нашого дослідження було вивчення загального стану здоров'я хворих після перенесеного ІМ з використанням анкети стану здоров'я, яка відображає якість життя хворих.

Матеріали і методи. Обстежено 68 хворих, які протягом року перенесли ІМ з зубцем Q або без зубця Q. Всі хворі були поділені на дві групи. До 1-ої групи увійшли 29 хворих (середній вік склав  $59 \pm 6,5$  років), яким в гострий період захворювання були проведені коронарографія, балонна ангіопластика інфаркт-залежної коронарної артерії та стентування. До 2-ї групи увійшли 39 хворих (середній вік –  $63 \pm 7,8$  років), яким не проводилось в гострий період відновлення коронарного кровопостачання. Стан здоров'я хворі суб'єктивно

оцінювали за допомогою анкети по 10-ти бальній системі (від 1 балу – найгірший до 10-ти балів – найкращий стан здоров'я). Оцінювали: можливість виконувати повсякденну діяльність, самообслуговування, ступінь рухливості, відчуття нездужання, наявність тривоги або депресії. Проводилось анкетування стану здоров'я хворих через 1 місяць, півроку та через рік після ІМ.

Результати. Було виявлено, що в першій групі хворих через місяць після перенесеного ІМ середній бал після оцінки хворим стану свого здоров'я склав 5,82, через півроку – 6,20, через рік – 7,68. В другій групі хворі суб'єктивно оцінювали свій стан здоров'я як значно гірший. Через місяць після перенесеного ІМ середній бал дорівнював 4,55, через півроку – 5,68, через рік – 6,85. Найбільш часто в обох групах хворі відмічали наявність тривоги та депресії, як фактору, який значно погіршує їх стан здоров'я.

Висновки: Перенесений ІМ погіршує стан здоров'я хворих (суб'єктивно), особливо через 1 місяць після гострої судинної катастрофи. По мірі віддалення від початку захворювання стан здоров'я хворих поступово покращується. У хворих, при лікуванні яких були використані сучасні технології з своєчасним відкриттям інфаркт-залежної коронарної артерії стан здоров'я був значно кращим, як через 1 місяць – півроку, так через 1 рік після початку захворювання, що робить необхідним подальше активне впровадження перкутанних коронарних втручань у хворих з ІМ.

*В.М. Корнацький<sup>1</sup>, В.М. Михальчук<sup>2</sup>, Л.О. Дяченко<sup>2</sup>*

## Ведення соматичного пацієнта з урахуванням наявності тривоги та депресії

<sup>1</sup>ДУ «Національний науковий центр “Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска” НАМН України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає здоров'я людини як інтеграл добробуту й розвитку суспільства. В нашій державі – головним макроекономічним фактором та критичним компонентом стабільного соціально-економічного розвитку. Враховуючи нестабільну суспільно-політичну та соціально-економічну ситуації в державі, та самій

системі охорони здоров'я, що негативно впливають на стан психічного здоров'я в цілому, до 2025 року прогнозується не тільки зменшення чисельності населення на 20% але й його постаріння, а близько 55–60% громадян України страждатимуть психоневрологічними розладами. Аналізуючи дані різних джерел від 24% до 64% пацієнтів з соматичними

захворюваннями мають певні супутні психічні порушення. Тому виявлення неспсихотичних психічних розладів (депресія, тривога, коморбідна патологія) серед власне, соматичних пацієнтів на сьогоднішній день є питанням відкритим та актуальним.

Мета: вже сьогодні сприяти виявленню та наданню якісної медичної допомоги хворому.

Матеріали та методи: «Соматизація» є характерною для пацієнтів з неспсихотичними психічними порушеннями, а будь-яке хронічне захворювання обов'язково змінює психіку хворого. На сьогодні найпоширенішим неспсихотичним психічним розладом є депресія. Тривожними розладами, згідно статистичних даних, страждають близько 3,8% населення. Проведення значної кількості заходів в Київській області з метою зниження тривожних та депресивних розладів у пацієнтів не дали результатів і поширеність та захворюваність розладів психіки та поведінки не зменшується. За даними ВООЗ існує той факт, що депресія призводить до інфаркту міокарда і діабету, а обидва ці стани збільшують ймовірність депресії. Багато факторів ризику, такі як низький рівень фізичної активності та соціально-економічний статус, паління, споживання алкоголю та стрес, діють як у випадку хронічних захворювань, так і в разі психічних розладів. Проблеми, які виникають серед дорослого населення внаслідок розладів психіки та поведінки нерідко залишаються непоміченими або невірно діагностуються. Медичні працівники та самі дорослі особи не приділяють належної уваги наявним проблемам психічного здоров'я, а стигма, пов'язана з психічними хворобами, спонукає небажання людей звертатися за допомогою. Виконуючи завдання здійснено дослідження 532 пацієнтів (136 чоловіків, 396 жінок). Вікові межі досліджуваної групи склали 18–84 роки. Середній вік чоловіків склав  $43,7 \pm 15,8$  років, жінок –  $40,1 \pm 16,8$ . Дослідження виконувались в межах розробленої програми стосовно вивчення впливу факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення м. Буча Київської області на рівні ПМД в умовах стресової ситуації.

В роботі використовували клініко-психопатологічний метод дослідження (структуроване інтерв'ю), Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.), Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS.

Результати: В ході проведення нашого дослідження було встановлено, що за відсутності соматичних захворювань частота виявлення депресії є найнижчою та складає 14 (29,2%) випадків, а їх наявність підвищують ризик формування стресового статусу пацієнтів і розвитку депресії. Наявність 2 та більше діагнозів (поєднаної патології) характерно для більшості хворих – 423 (79,5) і саме при поєднаній патології частота депресії реєструється у 218 (51,5%) випадків – ризик виявлення депресії зростає у 2,58 рази –  $OR = 2,58 (1,35-4,95)$ ,  $p = 0,003$ . Тривога виявляється дещо рідше, ніж депресія – у 176 (33,1%) хворих. Тривога та депресія є значними проявами стресу, які діагностуються за допомогою модифікованих на базі відомих вірогідно обґрунтованих анкет і характеризують сам рівень психічного здоров'я, а також його вплив на клініку соматичних проявів. За відсутності соматичних захворювань частота виявлення тривоги складає 8 (16,7%) випадків. Наявність соматичних захворювань підвищують ризик формування тривожного статусу пацієнтів, як індикатора стресового стану. Приріст частоти тривоги характерний для всіх соматичних захворювань. Наявність 2 та більше діагнозів супроводжується приростом частоти розвитку тривоги у 2,79 рази –  $OR = 2,79 (1,27-6,09)$ ,  $p = 0,008$ .

Швидке зростання частки хронічних неінфекційних захворювань, (в тому числі неспсихотичних психічних розладів), та коморбідної патології потребує зміни підходів до ведення (нагляду та лікування) – тому вузькі спеціалісти та лікарі загальної практики мають командно співпрацювати та володіти широким спектром знань.

Саме тому усі впровадження нових лікувальних та реабілітаційних комплексних програм розробляються і повинні розроблятися з акцентом на первинну медичну допомогу, де найдовше та найчастіше дані пацієнти отримують медичні послуги.

*В.В. Кравченко*

## **Необхідність підготовки фахівців для впровадження механізмів державно-приватного партнерства в систему ПМСД**

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна**

**В** умовах гострого дефіциту ресурсів важливим напрямом розвитку системи ПМСД є активізація та запровадження механізмів державно-приватного партнерства (ДПП).

В Україні впродовж останніх років зроблені конкретні кроки для підготовки до втілення проектів ДПП в охороні здоров'я. 17 грудня 2015 року МОЗ України провело нараду з міжнародною участю щодо питання впровадження державно-приватного партнерства

у сфері охорони здоров'я загалом та системі ПМСД зокрема. Лейтмотивом даної наради, який відмітили усі доповідачі, була теза, що ефективну систему охорони здоров'я можливо сформулювати лише на базі державно-приватного партнерства.

В Україні схвалені закони, які сприяють розвитку державно-приватного партнерства:

- Закон України від 01.07.2010 року № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство».