

processes. From this point of view, clinical, psychopathological and pathopsychological features of adjustment disorders, and in particular in internally displaced persons, are of clinical and social importance. The purpose of the study was to explore the clinical psychopathological and pathopsychological features of psychosocial maladaptation in internally displaced persons with adjustment disorders. 45 people were diagnosed with adjustment disorders and clinically defined psychosocial maladaptation. The control group consisted of 35 healthy individuals with no signs of psychosocial maladjustment. All the participants were internally displaced from Donetsk, Luhansk and Crimea. According to the results of the research, we have found out that the leading factors resulting in psychotraumas in internally displaced persons with adjustment disorders and psychosocial maladaptation include media coverage of information and family aspects. The clinical picture was characterized by the dominance of anxiety-depressive symptoms with various somatic manifestations. We have established patterns of clinical and psychopathological features typical for internally displaced people with signs of psychosocial maladaptation.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.91

УДК 616.34-008:616.839-053.2

Зубаренко О.В., Лузан В.В., Кравченко Т.Ю., Копійка Г.К., Мартюк В.І.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Одеський національний медичний університет

Функціональні шлунково-кишкові розлади розглядають як клінічний варіант взаємодії психосоціальних чинників і фізіології шлунково – кишкового тракту через вісь «мозок — кишечник». Мета дослідження стало вивчення психологічних особливостей у дітей з синдромом подразненого кишечника. Були обстежені 68 дітей у віці від 14 до 18 років з синдромом подразненого кишечника. Для визначення типу акцентуації характеру використовувався тест-опитувальник Шмішека-Леонгарда (дитячий варіант). Для визначення психоемоційних порушень був використаний тест-опитувальник SCL-90-R (за методом Л.Дерогатіс). В результаті дослідження було визначено, що у більшості пацієнтів були присутні порушення психоемоційного статусу. У групі дітей з синдромом подразненого кишечника, котрий протікає з закрепом, зустрічається частіше емотивний тип акцентуації характеру та соматизований та депресивний тип психологічних розладів. Хворі на синдромом подразненого кишечника з діареєю мали циклоїдний та демонстративний типи акцентуації характеру та демонстрували тривожний тип згідно до опитувальника. Пацієнти зі змішаними ритмами дефекації демонстрували риси циклоїдного, емотивного та педантичного типу акцентуації характеру. Із психологічних розладів реєструвалися депресивний, тривожний, соматизований тип.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, діти, шлунково – кишковий тракт, психологічні особливості, психоемоційні порушення.

Вступ

У структурі патології органів шлунково-кишкового тракту функціональні захворювання посідають значне місце, починаючи з дітей раннього віку [2,4]. За оцінками фахівців, частота функціональних захворювань в світі становить 5-15% загальної кількості дитячого населення [12]. Функціональні шлунково-кишкові розлади розглядають як клінічний варіант взаємодії психосоціальних чинників і фізіології ШКТ через вісь «мозок - кишечник» [4].

Одним із найпоширеніших ФЗ травної системи є синдром подразненого кишечника. Актуальність функціональної патології кишечника (ФПК) у структурі гастроентерологічних захворювань визначається її достатньо високою розповсюдженістю у дитячому віці [5]. В Україні поширеність СПК серед дітей різних вікових груп практично однакова і становить від 19,4% до 21,2% [7]. Актуальність проблеми СПК обумовлена широким розповсюдженням діагностичних помилок і неадекватним обсягом терапії. Поява функціонального порушення, в тому числі СПК, має значний вплив на якість життя хворих, в то-

му числі заважають їх нормальній життєдіяльності [1,13]. Яскраві та різноманітні симптоми СПК мають єдиний механізм розвитку — порушення вісцеральної чутливості, яке виявляється зниженням порогу сприйняття болю, порушенням моторики кишечника і транспорту газів, які виникають під впливом різних факторів, таких як генетична схильність і порушення психоемоційної сфери, перенесені кишкові інфекції і як наслідок — зміна проникності кишкової стінки, зміна кишкової мікрофлори, харчова гіперчутливість, дисбаланс вегетативної нервової системи, нейрогуморальної регуляції і відхилення в системі гомеостазу шлунково-кишкового тракту, неадекватне харчування внаслідок впливу екологічних і економічних факторів [4, 6, 9, 10,14]. Тобто, це захворювання є біопсихосоціальним розладом. Доведена пряма залежність виникнення СПК від наявності стресових ситуацій у житті дитини. При цьому психотравмуюча ситуація може бути перенесена задовго до початку розвитку захворювання, за декілька тижнів або місяців, та навіть мати персистуючий характер [3].

СПК характеризується тривалим рецидивуючим перебігом, також впливає на якість життя хворого, що, відповідно, буде відображатися на адаптації в шкільному колективі, успішності. Крім того, дана патологія схильна до хронізації, що в подальшому призведе до розвитку СПК у дорослого пацієнта.

Незважаючи на те, що Римські критерії IV вказують на стабільний та благоприємний характер перебігу функціональних порушень, можлива їх трансформація в органічну патологію [11]. Слід визначити, що в деяких хворих симптоми СПК справляють відчутний негативний вплив на якість життя. Незважаючи на успіхи у вивченні патогенезу СПК та інших ФР ШКТ, ще донедавна вітчизняні фахівці приділяли недостатньо уваги дослідженням психоемоційної сфери хворих, і особливо, дитячого віку [8]. Тому одним із важливих питань педіатрії залишається уточнення епідеміологічних показників СПК, продовження вивчення патогенетичних аспектів та у відповідності з цим пошук нових напрямків у діагностиці та лікуванні. Таким чином, відношення до СПК повинно бути достатньо серйозним, а методи лікування мають бути адекватними, безпечними та ефективними.

Мета дослідження: вивчення психологічних особливостей у дітей з СПК.

Матеріали та методи

Були обстежені 68 дітей (42 дівчинки і 26 хлопчиків) у віці від 14 до 18 років з синдромом подразненого кишечника. При госпіталізації пацієнти скаржилися на біль в животі: мезогастральна, ліва, права клубові ділянки, епігастрій, гіпогастрій, розлитий біль. По характеристиці болю він був спастичний, тупий, ниючий. Також діти пред'являли скарги на закреп, діарею, нестійкий стілець, дискомфорт при дефекації, здуття, інколи нудота. При вивченні скарг встановлено, що всі діти мали ознаки вегетативних порушень. Таких як пітливість, зміна настрою, запаморочення, напади серцебиття, перебої в серці, біль в грудній клітці, знижена працездатність, сухість шкірних покривів, погана переносимість тепла/холоду.

При об'єктивному обстеженні виявлено наліт на язичку білого кольору, болючість при пальпації живота у частини дітей, здуття животу, бурчання кишки під час пальпації.

З боку нервової системи реєструвалися слідуючи симптоми: збудливість, підвищена нервова збудливість, тривожність, відчуття "спустошення", страх невідповідності ідеалу, невиправданих сподівань, неповний контроль емоційного фону, дратівливість, замкнутість.

Діагноз СПК ставився згідно з Римськими критеріями 1V на підставі анамнезу, характеру клінічної картини, загального та біохімічного аналізу крові, аналізу кала, рівня фекального кальпротектину, інструментальних методів дослідження (ректороманоскопія, УЗД органів че-

ревної порожнини). Критеріями виключення були: невмотивована втрата маси тіла, нічна симптоматика, постійні інтенсивні болі в животі як провідний симптом, ураження шлунково-кишкового тракту, обтяжений сімейний анамнез колоректального раку, целиакиї, запальних захворювань шлунково-кишкового тракту, лихоманка, кров в калі, лейкоцитоз, анемія, прискорення ШОЕ, зміна в біохімічних аналізах крові.

Всі діти були розділені на 4 клінічні групи: I - СПК з закрепом (n = 32), II - СПК з діареєю (n = 7), III - СПК без класифікації (n = 12), IV - СПК зі змішаними ритмами дефекації (n = 17).

Для визначення типу акцентуації характеру використовувався тест-опитувальник Шмішека-Леонгарда - дитячий варіант (за методом Г.Шмішека і К.Леонгарда). За допомогою даної методики визначаються 10 типів акцентуації особистості. Відповідно до цієї концепції всі риси особистості можуть бути розділені на основні та додаткові. Основні риси - стрижень особистості, вони визначають її розвиток, процеси адаптації, психічне здоров'я. При значній вираженості основні риси характеризують особистість в цілому. У разі впливу несприятливих факторів вони можуть набувати патологічного характеру, руйнуючи структуру особистості. Особистості, у яких основні риси яскраво виражені, названі К. Леонгардом акцентовані. Такі особистості не слід розглядати як патологічні. Це випадок «загострення» визначених, властивих кожній людині, особливостей.

Дітям було запропоновано лист-опитувальник, який складається з 88 висловлювань та запитань, відповіддю на які має бути «так», якщо опитувальний згоден з висловлюванням, або «ні», якщо не згоден. Максимальний показник по кожному типу акцентуації - 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник вище 12 балів. Висловлювання, котрі були відмічені відповіддю «так», зараховувались до певного типу акцентуації. Отримані дані були представлені у вигляді «профілю особистісної акцентуації».

Для визначення психоемоційних порушень був використаний тест-опитувальник SCL-90-R (за методом Л.Дерогатіс), його внутрішня суть передбачає вивчення схильності особистості до певних психологічних девіацій. SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, згрупованих в ряд шкал. Кожен з 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно». Пацієнт оцінює висловлювання, орієнтуючись наскільки вони близькі йому. SCL-90-R містить наступні шкали: соматизація, обсерсивно-компulsive розлади (нав'язливості), інтерперсональна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, нав'язливі страхи (фобії), параноїдні (паранояльні), психотизм, загальний індекс тяжкості, індекс тяжкості наявного дистресу, число позитивних відповідей (число тривожних симптомів). Після опрацювання опитувальника записувався про-

філь особистості та на підставі чого визначалась подальша тактика ведення пацієнта.

З використанням програми Excel 2007 було сформовано матрицю даних. Для встановлення статистично значущих відмінностей між певними групами хворих застосовували критерій Стюдента. Достовірними вважали відмінності порівнюваних показників при ймовірності їх відсутності менше, ніж 0,05 ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті дослідження було визначено, що у більшості пацієнтів були присутні порушення психоемоційного статусу.

З урахуванням типу акцентуації характеру, в першій групі, куди входили пацієнти з СПК з закрепом, частіше реєструвався емотивний тип

акцентуації характеру ($p < 0,05$). (таб. 1)

Другу групу хворих, в котрих був діагноз СПК з діареєю, складали діти з циклоїдним та демонстративним типом, але дані статистично не достовірні.

Третя група була представлена пацієнтами з СПК без класифікації. У них реєструвалися демонстративний тип в більшості випадків, що представлено таб.1 ($p < 0,05$).

Пацієнтам четвертої групи був встановлений діагноз СПК зі змішаними ритмами дефекації. Більш розповсюджений тип акцентуації характеру в у цих дітей – циклоїдний. Емотивний та педантичний типи теж були присутні, але дані були статистично не достовірні.

Таблиця 1.
Розподіл типів акцентуації характеру у пацієнтів з різними варіантами СПК.

	I гр СПК-З	II гр СПК-Д	III гр СПК-БК	IV гр СПК-ЗМ
Емотивний тип	28 (87.5±5.85%)*	-	4 (33.3±14.2%)	6 (35.2±11.95%)
Циклоїдний тип	-	4 (57.1±20.2%)	1 (8.3±8.3%)	8 (47.6±12.4%)
Демонстративний тип	2 (6.2±4.28%)	3 (42.6±20.2%)	7 (58.3±14.8%)*	-
Педантичний тип	2 (6.2±4.28%)	-	-	3 (17.6±9.57%)

Примітка: * - $p < 0,05$

Таблиця 2.
Розподіл психологічних розладів у підлітків з діагнозом СПК.

	I гр СПК-З (n=32)	II гр СПК-Д (n=7)	III гр СПК-БК (n=12)	IV гр СПК-СМ (n=17)
Депресивний тип	5 (15.63±6.42)	-	3 (25.0 ±13.06)	6 (35.29±11.95%)
Тривожний тип	-	7 (100±0%)*	4 (33.3±14.2%)	2 (11.8±8.5%)
Соматизований тип	27 (84.38 ±6.42%)*	-	5 (41.67±14.8%)	9 (52.94±12.48%)

Примітка: * - $p < 0,05$.

Щодо розподілу психологічних розладів у підлітків з СПК, дані представлені у таблиці 2.

В першій групі, де провідною скаргою був закреп, у більшій частці пацієнтів реєструвався соматизований тип психологічного розладу ($p < 0,05$).

У другій групі, де СПК протікав з діареєю, всі підлітки демонстрували тривожний тип розладу ($p < 0,05$).

У дітей третьої групи, куди відносилися пацієнти з СПК без класифікації, реєструвалися 3 типи психологічних розладів, такі як соматизований, депресивний, тривожний, але дані статистично не достовірні.

Четверта група була представлена дітьми з СПК зі змішаними ритмами дефекації, котрі у більшій кількості випадків проявляли риси соматизованого типу. Також до групи входили діти з депресивним та тривожним типом (статистичної достовірності не доведено)

Висновки

1. У групі дітей з СПК, котрий протікав з закрепом, зустрічався частіше емотивний тип акцентуації характеру. Із психологічних розладів – соматизований тип.

2. Хворі на СПК з діареєю мали циклоїдний та демонстративний типи акцентуації характеру, але статистична достовірність не доказана. Всі пацієнти цієї групи демонстрували тривожний тип згідно до опитувальника SCL-90.

3. У когорті підлітків з СПК без класифікації основним типом акцентуації характеру був демонстративний. Із психологічних розладів реєструвалися соматизований, депресивний, тривожний (без статистичної достовірності)

4. Пацієнти з СПК зі змішаними ритмами дефекації демонстрували риси циклоїдного, емотивного та педантичного типу акцентуації характеру. Із психологічних розладів реєструвалися депресивний, тривожний, соматизований тип. Але статистично це не було доведено.

Література

1. Belousova OYu. Korektsiia motornykh porushen' pry khronichnykh zahvoryvannykh kyshechnyka u ditey [Correction of motor disorders in chronic bowel diseases in children]. Perynatologiya ta pediatriia. 2006;1: 100-101. (Ukrainian).
2. Belousova YuV. Aktual'nye voprosy pediatricheskoj gastroenterologii [Actual issues of pediatric gastroenterology]. Kiyiv, 2012. 591 p. (Ukrainian).
3. Zhukov NA, Sorokina EA, Akhmedov VA, Berezhnyakova TN. Disfunktsiya vegetativnoj nervnoj sistemy v formirovanii sindroma razdrazhenogo kyshechnika i printyipy eye korektsii [Dysfunction of the autonomic nervous system in the formation of irritable bowel syndrome and the principles of its correction]. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2004; 14(5): 35-41. (Russian).
4. Zazdranov AA, Suprun OV. Osoblyvosti klinichnogo perebigu syndroma podraznenogo kyshechnyka v osib mladogo viku, khvorykh na nejrotsyrukulyatornu dystoniyu [Features of the clinical course of irritable bowel syndrome in young patients with neurocirculatory dystonia]. Suchasna gastroenterologiya. 2015; 4: 28-31. (Ukrainian).
5. Kravchenko TYu, Kopyjka GK, Gornostaeva NYu. Syndrom podraznenogo kyshechnyka u ditey: etiopatogenetychni aspekty ta napryamy terapiyi [Irritable bowel syndrome in children: etiopathogenetic aspects and directions of therapy]. Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny: Visnyk Ukrainys'koyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi. 2016; 2(54): 286-293. (Ukrainian).
6. Kul'chytz'ka OM. Vplyv sotzial'no-ekonomichnykh chynnykiv ta sposoby zhyttya na formuvannya syndromu podraznenogo kyshechnyka [Influence of socio-economic factors and lifestyle on the formation of irritable bowel syndrome]. Visnyk Vinnyt'kogo natsionalnogo medychnogo universytetu. 2013; 17(1): 206-210. (Ukrainian).
7. Nagurna YaV. Pershyj dosvid vyvchennya poshyrenosti syndromu podraznenogo kyshechnyka v okremykh rayonakh zahidnogo regionu Ukrayiny [First experience in the study of the prevalence of irritable bowel syndrome in selected regions of the western region of Ukraine]. Suchasna gastroenterologiya. 2014; 3:27-31. (Ukrainian).
8. Platonova OM. Serotonergicni mekhanizmy rozvytku funktsionalnykh zahvoryvuvan' kyshechnyka u ditej [Serotonergic mechanisms of development of functional bowel disease in children]. Visnyk problem biologiyi i medytsyny. 2013; 1(102): 167-170. (Ukrainian).
9. Shadrin OG. Dobovyj pattern sekretziyi ta metabolism melatoninu u ditej z syndromom podraznenogo kyshechnyka [Daily secretion pattern and melatonin metabolism in children with irritable bowel syndrome]. Pediatriia, akusherstvo, ginekologiya. 2012; 6(454): 25-27. (Ukrainian).
10. Chang J, Talley N. Current and emerging therapies in irritable bowel syndrome: from pathophysiology to treatment. Trends Pharmacol Sci.2010 Jul;31(7):326-34. doi: 10.1016/j.tips.2010.04.008.
11. Koppen I, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga M. The pediatric Rome IV criteria: what's new? Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2017 Mar;11(3):193-201. doi: 10.1080/17474124.2017.1282820.
12. Romano C, Valenti S, Cardile S, Benninga MA. Functional Dyspepsia: An Enigma in a Conundrum. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016 Dec;63(6):579-584.
13. Reshetnikov OV, Kurilovich SA, Simonova GI, Pylenkova ED, Maljutina SK Quality of life at dyspepsia and irritable bowel syndrome: population-based studies. Eksp Klin Gastroenterol.2010;(3):27-31. doi:10.1097/MPG.0000000000001344
14. Tseng P, Zeng B, Chen Y, Wu M, Wu C, Lin P A meta-analysis and systematic review of the comorbidity between irritable bowel syndrome and bipolar disorder. Medicine(Baltimore).2016Aug;95(33):4617. doi:10.1097/MD.0000000000004617.

Реферат

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Зубаренко А.В., Лузан В.В., Кравченко Т.Ю., Копейка Г.К., Мартюк В.И.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, дети, желудочно – кишечный тракт, психологические особенности, психоэмоциональные нарушения.

Функциональные желудочно-кишечные расстройства рассматривают как клинический вариант взаимодействия психосоциальных факторов и физиологии желудочно - кишечного тракта через ось «мозг - кишечник». Целью исследования стало изучение психологических особенностей у детей с синдромом раздраженного кишечника. Были обследованы 68 детей в возрасте от 14 до 18 лет с синдромом раздраженного кишечника. Для определения типа акцентуации характера использовался тест-опросник Шмишека-Леонгарда (детский вариант). Для определения психоэмоциональных нарушений был использован тест-опросник SCL-90-R (по методу Л.Дерогатис). В результате исследования было определено, что у большинства пациентов присутствовали нарушения психоэмоционального статуса. В группе детей с синдромом раздраженного кишечника, который протекал с запором, встречался чаще эмотивный тип акцентуации характера и соматизированный и депрессивный тип психологических расстройств. Больные синдромом раздраженного кишечника с диареей имели циклоидный и демонстративный типы акцентуации характера и демонстрировали тревожный тип согласно опроснику. Пациенты со смешанными ритмами дефекации демонстрировали черты циклоидного, эмотивного и педантичного типа акцентуации характера. Из психологических расстройств регистрировались депрессивный, тревожный, соматизированный типы.

Summary

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Zubarenko A.V., Luzan V.V., Kravchenko T.Yu., Kopyjka G.K., Martyuk V.I.

Key words: irritable bowel syndrome, children, gastrointestinal tract, psychological characteristics, psychoemotional disorders

Functional gastrointestinal disorders are considered as a clinical variant of the interaction between psychosocial factors and gastrointestinal tract physiology implemented through the "brain - intestine" axis. The purpose of the study was to investigate psychological peculiarities of children with irritable bowel syndrome. The study included 68 children aged from 14 to 18 years with the confirmed diagnosis of irritable bowel syndrome. To determine the type of character accentuation, the Schmishek -Leonhard test questionnaire (child version) was used. The SCL-90-R test questionnaire (by L. Derogatis method) was applied to determine psycho-emotional disorders. The study has found out the majority of patients have certain psycho-emotional disorders. The group of children with irritable bowel syndrome, who were experiencing constipation, more frequently demonstrated an emotional type of character accentuation and a somatized and depressed type of psychological disorders. The patients with irritable bowel syndrome and diarrhoea had cycloid and demonstrative types of character accentuation and demonstrated an anxious type according to the question-

naire. The patients with mixed bowel rhythms exhibited features of a cycloid, emotional, and pedantic type of character accentuation. Depression, anxiety, somatised types were reported as manifestations of psychological disorders.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.95

УДК 616.12-005.4:616.72-002.77

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Хайменова Г.С., Іщейкіна Ю.О.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

У лікарів, які займаються спостереженням та лікуванням пацієнтів із застосуванням цілісного та орієнтованого підходу, виникає проблема "коморбідності пацієнта". Найбільш поширеним станом, що ускладнює ревматичні захворювання є серцево-судинні захворювання, інтерстиціальна хвороба легень, остеопороз, хронічні захворювання нирок, злякисні новоутворення та депресія. Незважаючи на успіхи лікування при ревматоїдному артриті (РА), смертність серед цієї категорії пацієнтів залишається високою. Це пов'язують із прискоренням атерогенезу та раннім розвитком ішемічної хвороби серця (ІХС), у зв'язку з чим ревматоїдний артрит розглядають як предиктор ІХС. Встановлено, що частота розвитку інфаркту міокарда, серцевої недостатності та раптової коронарної смерті у хворих на ревматоїдний артрит перевищують такі в загальній популяції у 3–5 разів. Метою дослідження стало оцінити та проаналізувати коморбідність у хворих на ревматоїдний артрит. Дослідження проводилося на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії в обласному лікувально-діагностичному ревматологічному центрі при комунальному підприємстві «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» Полтавської обласної ради. У дослідження було включено 135 хворих з РА віком від 32 до 65 років, що склали основну групу. Контрольна група склали 30 пацієнтів. Всі пацієнти дали письмову згоду на участь у дослідженні. Під час проведення дослідження всі учасники були клінічно обстежені (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімія крові, електрокардіографія, ехокардіоскопія, рентгенографія суглобів, ультразвукове дослідження (органів черевної порожнини, суглобів) з використанням ультразвукового апарату експертного класу Radmir ultima RA expert. У більшості хворих основної групи на РА у 68,2 % було виявлено різну коморбідність в порівнянні з контрольною групою. Основним супутнім захворюванням в основній групі були серцево-судинні захворювання (ІХС – 42,3%; дисліпідемія – 73,4 %). У 75% хворих основної групи діагностували коморбідну патологію, тобто 2 і більше супутніх захворювань. За результатами проведеного дослідження більшість хворих на РА мають коморбідність, яка серйозно впливає на перебіг ревматичних захворювань та їх лікування. Ведення хворих на РА з коморбідною патологією повинні здійснювати ревматологи, сімейні лікарі, терапевти, щоб оцінити всі захворювання у їх взаємодії та допомогти у прийнятті власних рішень щодо їх здоров'я. Це потребує від даних фахівців ранньої діагностики та раннього лікування ревматоїдного артриту.

Ключові слова: захворювання коронарної артерії, ревматоїдний артрит, коморбідність, поліморбідність.

Дані про зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами: стаття є фрагментом НДР кафедри сімейної медицини і терапії «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних станів при захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів», № 0118 У 004461

Вступ

Інтерес дослідників до коморбідності у ревматичних хворих постійно зростає протягом останнього десятиліття, але ця концепція ще не інтегрована в клінічну практику. Відомо, що вузький фахівець досить рідко приділяє серйозну увагу коморбідності пацієнтів, в основному працюючи з використанням біомедичного підходу, де центром уваги є захворювання як окрема сутність. Навпаки, для сімейних лікарів, які займаються спостереженням та лікуванням пацієнтів та застосовують цілісний та орієнтований на пацієнтів підхід, є проблема «коморбідності пацієнта».

Коморбідність – співіснування двох і більше синдромів або захворювань у одного пацієнта, які патогенетично взаємопов'язані або збігають-

ся за часом [2,6,17,16,19,5,8,12,22,23].

Сімейний лікар займається пацієнтом в цілому, працює як з невизначеними, так і з недиференційованими станами та синдромами, гострими та хронічними захворюваннями та їх комбінаціями, а також з термінальними станами. У кожній консультації пацієнта сімейний лікар визначає необхідність та напрямки додаткових консультацій та обстежень, і, нарешті, поєднує всі проблеми, пов'язані з пацієнтом, і допомагає пацієнтові приймати правильні рішення щодо будь-яких необхідних втручань, завжди оцінюючи вплив супутніх захворювань та всіх особистих особливостей, що взагалі означає цілісний, комплексний або персоніфікований підхід. У філософії сімейної медицини ефективно ведення пацієнтів неможливо без аналізу особистості пацієнта, коморбідності, прогнозів та факторів ризи-