

# Методологія профілактики і ранньої діагностики хвороб системи кровообігу в сучасних умовах

В.М. Корнацький, А.П. Дорогой, Д.М. Мороз

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

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** психічна дезадаптація, тривога, депресія, бойові дії, скринінг

Непсихотичні психічні розлади – одна з головних проблем охорони здоров'я в європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. Більше третини населення щорічно піддається психічним розладам, найпоширеніші з яких – депресія і тривога [6].

Проблема актуальна як для оцінки стану здоров'я населення в цілому, так і в зв'язку з погіршенням психічного здоров'я через кризовий стан в Україні, що обумовило проведення дослідження для обґрунтування моделі скринінгу, профілактики і ранньої діагностики захворювань, перш за все, доступної на етапі первинної медико-санітарної допомоги.

Рівень здоров'я громадян, а відповідно середня тривалість їх якісного життя, формуються під впливом визнаних у світі чотирьох складових: природних (генетичних і екологічних) та соціально-економічних умов; суспільно-політичних умов (безпечних умов праці й стабільної прогнозованості); профілактичних умов; медичної допомоги [2].

У 2012 р. ВООЗ прийняла Глобальний комплексний план дій у галузі психічного здоров'я (WHA 65.4), який ґрунтується на твердженні «немає здоров'я без психічного здоров'я».

Населення України в сучасних умовах перебуває в стані постійного стресу, який посилюється, бо пов'язаний із базовою потребою людини – виживанням. Війна накладає серйозний відбиток на психічний стан тих, хто перебуває в зоні бойових дій: психіка людини здатна відтворювати поведінку в межах тих моделей, які вже є в її досвіді, а тому, опинившись в ситуації військового конфлікту, людина не має програми поведінки, крім того, в критичних обставинах загострюється інстинкт самозбереження.

Постраждали внаслідок бойових дій – насамперед населення, що проживає на території конфлікту, та військові – піддаються впливу надмірних психотравмивних факторів, пролонгованих у часі. Наслідки травми можуть виявитися раптово або через тривалий період на тлі повного зовнішнього добробуту людини. Виникає дезадаптація – невідповідність між силою чинників, що впливають на психіку людини, і наявних психічних ресурсів, щоб їм протистояти [4].

Друга група – родичі учасників дій. Найпотужнішим фактором впливу на їхню психіку є невідомість. На відміну від безпосередніх учасників, вони не можуть спрямувати адаптаційні психологічні можливості на вирішення конкретних задач, не мають перспективного погляду в майбутнє. Таким чином, накопичуються емоції страху та тривоги – формується хронічний стрес.

Медичні працівники, психологи, рятувальники, що надають допомогу постраждалим поза зоною відкритого вогню, перебувають під опосередкованим впливом бойових дій, але в прямому спілкуванні з безпосередніми учасниками та постраждалими. Саме тому небезпека їхньої участі полягає в професійному вигоранні через вплив комунікативних, інформаційних та емоційних факторів.

Віддалене населення перебуває під постійним інформаційним впливом, у першу чергу, джерел масової інформації, що веде до появи або нарощування тривожного компонента, зміни усталених основ життя та поведінкових патернів. Фактор невідомості та наявна загроза майбутньому провокують появу страху. Наявні чинники спричиняють перехід найбільш вразливої частини населення до стану непередбачуваної кризової свідомості.

1. П.І.Б. \_\_\_\_\_

2. Вік (повних років) \_\_\_\_\_

3. Стать: чоловіча / жіноча

4. Зріст (см) \_\_\_\_\_

5. Маса тіла (кг) \_\_\_\_\_

6. Адреса \_\_\_\_\_

7. Телефон \_\_\_\_\_

8. Освіта

<b>Неповна середня</b>	<b>Середня</b>	<b>Середня спеціальна</b>	<b>Незакінчена вища</b>	<b>Вища</b>
------------------------	----------------	---------------------------	-------------------------	-------------

9. Основне захворювання (початок, ускладнення – дати) \_\_\_\_\_

10. Супутні захворювання \_\_\_\_\_

11. Характер лікування

Постійне	Курсове	Періодичне	Диспансерний нагляд
----------	---------	------------	---------------------

12. Хто з родичів мав таке захворювання, як і Ви?

	Мати	Батько	Дід	Баба	Брати / Сестри
Так					
Ні					
Не знаю / Не пам'ятаю					

13. Рівень Вашої фізичної активності з метою оздоровлення?

Регулярно	Інколи	Не займаюсь
-----------	--------	-------------

14. Позначте, як часто Ви вживаєте:

	<b>Кожного дня</b>	<b>2–3 рази на тиждень</b>	<b>1 раз на тиждень</b>	<b>2–3 рази на місяць</b>	<b>1 раз на місяць</b>	<b>Інше</b>
Овочі та фрукти						
Морську рибу						
Солоне, гостре						

15. Скільки грамів солі на добу Ви вживаєте? До 5 г / Більше 5 г

16. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?

Щоденно	2–3 рази на тиждень	Кілька разів на місяць	Кілька разів на рік	Не вживаю
---------	---------------------	------------------------	---------------------	-----------

17. Чи курите Ви? Так / Ні

18. Професійна зайнятість:

Учень	Працює повний день	Часткова зайнятість	Безробітний	Пенсіонер
-------	--------------------	---------------------	-------------	-----------

19. Якою мірою Ви задоволені санітарно-технічними умовами на роботі? (0 – дуже погані, 10 – дуже добрі)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Якою мірою Ви задоволені психологічними умовами на роботі? (0 – дуже погані, 10 – дуже добрі)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## 21. Сімейний стан

Заміжня, одружений	Повторний шлюб
Розлучена(ний)	Громадянський шлюб
Вдова, вдівець	Незаміжня, неодружений

## 22. Позначте, будь ласка, якою мірою Ви задоволені стосунками з рідними

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## 23. Як Ви оцінюєте своє матеріальне становище?

Дуже погане	Погане	Середнє	Добре	Дуже добре
-------------	--------	---------	-------	------------

## 24. Чи вірите Ви в Бога?

## 25. Як часто відвідуєте богослужіння?

## 26. Чи дотримуєтеся Ви посту?

Рисунок. Анкета вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб системи кровообігу

Центральне місце у вченні про розлади, що зумовлені факторами бойової ситуації й виникають як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі, посідають дослідження закономірностей їх формування, динаміки та результатів, а також пошук науково обґрунтованих рішень щодо організації допомоги в умовах сьогоденного військового конфлікту. Швидкий перехід до мирної дійсності часто не дозволяє учасникам військових подій адекватно реагувати на ті чи інші обставини. Лікарі та психологи визначили сукупність різних симптомів цього процесу як в'єтнамський, афганський, чеченський синдром, який починає спостерігатися в сучасних умовах, а тому потребує невідкладного адекватного реагування [3].

Мета роботи – визначити негативні чинники впливу на розвиток і перебіг серцево-судинної патології в сучасних умовах, зокрема серед постраждалих у результаті військових дій.

## Матеріал і методи

За допомогою опитувальників досліджено анамнестичні, соціальні, психічні чинники впливу, наявність депресії, тривоги, соматоформного розладу, розладів переїдання та зловживання алкоголем у 213 пацієнтів з усіх регіонів, зокрема зі східних областей, постраждалих унаслідок бойових дій, що перебували на стаціонарному або амбулаторному лікуванні в ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України. Серед обстежених – 61 чоловік та 152 жінки віком 21–65 років. Артеріальну гіпертензію (АГ) відзначено у 92 осіб; ішемічну хворобу серця (ІХС) –

у 29; АГ у поєднанні з ІХС – у 48; некоронарогенні захворювання серця – у 44 осіб.

Для проведення дослідження психосоціальних факторів застосовано метод анкетування. Для цього використані:

- госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS;
- опитувальник PHQ – діагностичний інструмент для виявлення психічних розладів непсихотичного реєстру на етапі ПМСД;
- шкала оцінки якості життя (О.С. Чабан, О.О. Хаустова);
- опитувальник соціальних факторів (О.С. Чабан).

Також у відділі медико-соціальних проблем кардіології розроблено спеціалізовану анкету для комплексної оцінки соматичного, соціального, психічного та духовного здоров'я (рисунок).

Соціально-економічні умови – друга складова формування і збереження здоров'я. До них відносять сімейний стан і взаємовідносини, добробут, якість харчування і фізичної активності, шкідливі звички, рівень культури та спосіб життя, а також прогнозованість стабільності.

Вплив умов праці на психосоматичний рівень здоров'я можна оцінювати блоком відповідей на запитання та їх аналізом, що в комплексі із попередніми складовими характеризуватиме ступінь ризику розвитку захворювання, можливості ускладненого перебігу, напрямки індивідуальної профілактики і сприяння в оздоровленні.

Збір даних стосовно проблем здоров'я і медичної допомоги визначить якість лікування та

Таблиця 1

Опитувальники тривожних розладів та здоров'я пацієнта

Як часто за останні 2 тиж Вас турбували такі проблеми?	Зовсім не турбували	Декілька днів	Більше половини днів	Майже щоденно
	GAD-2			
Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені	0	1	2	3
Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання	0	1	2	3
PHQ-2				
Ви не хотіли нічого робити	0	1	2	3
Ви почувалися сумними, пригніченими або пригніченими	0	1	2	3

необхідність його корекції, доступність і психо-соціальні особливості для реабілітації, при цьому психологічна допомога повинна бути обов'язковою, як у напрямку подолання хвороби, так і профілактики її виявів надалі на всіх рівнях системи охорони здоров'я.

Особливо в сучасних умовах негативний вплив на розвиток і ускладнений перебіг хвороби мають перенесений стрес і хронічний стресовий стан, а тому визначення причин та їх можлива мінімізація впливають на ефективність медичної допомоги в цілому, що підтверджується проведеними дослідженнями.

Значними виявами стресу є тривога і депресія, які діагностуються за допомогою модифікованих анкет та характеризують рівень психічного здоров'я, а також його вплив на соматичні вияви, перш за все, хвороби системи кровообігу.

Незважаючи на те, що сьогодні є достатньо валідних скринінгових опитувальників, продовжується пошук оптимальних психодіагностичних інструментів, для яких характерна стислість, простота опрацювання результатів, багатофункціональність, що дасть можливість використання не лише для скринінгу, а й для оцінки впливу на розвиток і перебіг серцево-судинної патології [5].

Всі ці переваги мають опитувальники PHQ (Patient Health Questionnaire – Опитувальник здоров'я пацієнта) та GAD-7 (Generalised Anxiety Disorder Assessment – Опитувальник тривожних розладів). З огляду на те, що скринінг афективних порушень проводиться в умовах загальної медичної практики, рекомендуємо застосовувати їх скорочені версії (табл. 1), а в разі виявлення трьох та більше балів стосовно депресії та/або тривоги можна застосувати розширені версії зазначених опитувальників.

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів за психопатологічним синдромом

Показник	Частота виявлення, %	
	Чоловіки	Жінки
Соматоформний розлад	3,5	8
Великий депресивний синдром	1	5
Інший депресивний розлад	2	6
Панічний синдром	2	14
Інший тривожний синдром	9	21

Таким чином, розробка і обґрунтування алгоритму скринінгу, доступного для фахівців будь-яких спеціальностей, перш за все на етапі первинної медико-санітарної допомоги, особливо в сучасних умовах, дасть реальну можливість ранньої діагностики захворювань, профілактики їх ускладненого перебігу та ефективного лікування.

Впровадження запропонованої методології позитивно вплине на поліпшення рівня здоров'я, зменшення втрат працездатності та продовження середньої тривалості якісного життя громадян, а отже, на підвищення благополуччя народу та зміцнення національної безпеки і стабільного розвитку.

## Результати та їх обговорення

За допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ досліджено поширеність негативних чинників впливу. Найбільшу частку афективних порушень становили тривожні розлади (46 %), соматоформні розлади виявлено у 20 % осіб, депресивні – у 16 %, поєднання тривожної та депресивної симптоматики – у 12 %. Встановлено гендерні особливості: значно переважає тривожно-депресивна симптоматика в жінок (табл. 2).

Таблиця 3  
Оцінка якості життя обстежених

Рівень якості життя	Частота виявлення, %
Дуже високий	1
Високий	34
Середній	48
Низький	15
Украй низький	2

Таблиця 4  
Соціальні фактори впливу за анкету О.С. Чабана

Соціальні фактори	Частота виявлення, %
Вплив засобів масової інформації	59
Матеріальні труднощі	47
Політичні події	36
Вплив навколишнього середовища	36
Наявна загроза майбутньому	32
Зміни стосунків між людьми	31
Погіршення здоров'я членів сім'ї	30
Зменшення спілкування за межами сім'ї	30

Вивчали якість життя як чинник впливу на здоров'я і біосоціальний статус людини, оскільки змінюється не тільки її фізичний стан, а й когнітивна та поведінкова сфери, емоційні реакції, стиль комунікації з оточенням, ставлення до себе, свого захворювання та інших людей. Якість життя вважають одним із можливих критеріїв оцінки психологічної, соматичної та соціальної сфер людини, характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, що базується на суб'єктивному сприйнятті. В обстежених осіб рівень якості життя коливався від дуже високого до край низького, найчастіше (48 %) його оцінювали як «середній» (табл. 3).

Отримані дані свідчать про зниження рівня якості життя, в першу чергу, за рахунок соматичного компонента (здоров'я), а також соціального (незадоволення соціальним статусом, роботою, нереалізованістю в житті).

За допомогою опитувальника оцінки соціальних факторів впливу встановлено, які саме чинники та якою мірою здатні створювати негативний вплив. Слід зазначити, що такі фактори, як політичні події, матеріальні проблеми, вплив засобів масової інформації, були зазначені як негативні протягом останніх 6 міс кожним другим пацієнтом. Цікавим є той факт, що вплив ЗМІ вважали більш потужним чинником (59 %), ніж

безпосередній вплив політичних подій у державі (36 %; табл. 4).

Таким чином, отримані дані щодо рівнів стресу, тривоги, депресії та якості життя свідчать про наявність у більшості досліджених клінічно значущих розладів, що негативно впливають на стан здоров'я.

## Висновки

1. Використання анкети вивчення медико-соціальних факторів дозволить клініцисту визначитися в межах впливу основних чинників ризику серцево-судинної патології на момент обстеження: які не модифікуються (вік, стать, спадковість) і ті, що можуть бути модифіковані (куріння, гіподинамія, надлишкова маса тіла, рівень артеріального тиску, холестерину, глюкози крові, стрес-фактори).

2. З метою скринінгу депресії та тривоги в загальній медичній практиці доцільно застосовувати опитувальники PHQ-2 та GAD-2, що дозволить за мінімальний час виокремити пацієнтів з тривогою та депресією.

3. Анкета якості життя забезпечує цілісну картину стану пацієнта: до соматичного аспекту здоров'я додаються психологічний, соціальний, духовний чинники як передумови розвитку патології, тобто його психосоціальний образ, що є визначальним у профілактиці, ранній діагностиці, ефективному лікуванні й реабілітації, а отже, у зменшенні втрат працездатності й продовженні середньої тривалості якісного життя.

## Література

1. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л., Ющук Е.Н. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. – М.: Анахарсис, 2009. – 200 с.
2. Манойленко Т.С., Дорогой А.П., Гандзюк В.А., Мороз Д.М. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2014. – 279 с.
3. Наконечний В.Д., Клименко В.С., Копаниця Н.І. Досвід організації психологічної роботи під час ведення збройних конфліктів, підготовки та виконання миротворчих завдань / За ред. І.М. Чубенка. – К., 2013. – 56 с.
4. Пінчук І.Я., Табачников С.І., Чабан О.С., Хаустова О.О. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі: Метод. рекомендації. – К., 2014. – 50 с.
5. Погосова Н.В., Довженко Т.В., Бабин А.Г. і др. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – № 13 (3).
6. Gaebel W. et al. EPA guidance on the quality of mental health services // Eur. Psychiatry. – 2012. – Vol. 27. – P. 87–113.

## Методология профилактики и ранней диагностики заболеваний системы кровообращения в современных условиях

В.М. Корнацкий, А.П. Дорогой, Д.Н. Мороз

*ГУ «Национальный научный центр “Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско” НАМН Украины», Киев*

**Цель работы** – определить негативные факторы влияния на развитие и течение сердечно-сосудистой патологии в современных условиях, в частности среди пострадавших в результате боевых действий.

**Материал и методы.** Обследовано 213 пациентов (61 мужчина, 152 женщины) в возрасте 21–65 лет: с артериальной гипертензией (АГ) – 92; ишемической болезнью сердца (ИБС) – 29; АГ в комбинации с ИБС – 48; некоронарогенными заболеваниями сердца – 44 больных. Всем пациентам проводили скрининг факторов влияния на сердечно-сосудистую патологию анкетным способом.

**Результаты.** Среди выявленных аффективных нарушений наибольшую долю составили тревожные состояния (46 %), соматоформные расстройства регистрировали у 20 %, депрессивные – у 16 %, комбинацию тревожной и депрессивной симптоматики – у 12 % лиц. Выявленные синдромы имели гендерные особенности – значительно превалирует тревожно-депрессивная симптоматика среди женщин.

**Выводы.** Полученные данные по уровню стресса, тревоги, депрессии и качества жизни свидетельствуют о наличии у подавляющего большинства исследованных клинически значимых расстройств настроения, что отражается на качестве жизни в целом. Предложен алгоритм скрининга тревоги и депрессии на этапе первичной медико-санитарной помощи.

**Ключевые слова:** психическая дезадаптация, тревога, депрессия, боевые действия, скрининг.

## Methodology of the contemporary prevention and early diagnosis of cardiovascular diseases

V.M. Kornatsky, A.P. Dorogoy, D.M. Moroz

*National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine*

**The aim** – to identify negative factors that have influenced contemporary development and course of cardiovascular pathology, in particular, among victims of the military operations.

**Materials and methods.** The study involved 213 patients aged from 21 to 65 years, 61 males, 152 females, with arterial hypertension – 92; ischemic heart disease – 29; hypertension in combination with ischemic heart disease – 48; non-coronary heart disease – 44 patients. All patients were screened by means of questionnaires.

**Results.** It was established, that among the identified affective disorders the largest percent was anxiety – 46 %, somatoform – 20 %, depressive states – 16 %; 12 % had combination of anxiety and depressive symptoms. Identified syndrome had gender characteristics, i.e. anxiety and depressive symptoms were significantly prevalent among women.

**Conclusions.** The data regarding level of stress, anxiety, depression and quality of life reflect a clinically significant mood disorder that affects quality of life in general in vast majority of patients. An algorithm for screening anxiety and depression in primary care was developed.

**Key words:** psychological maladjustment, anxiety, depression, military operations, screening.