

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА

«НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР

«ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ, КЛІНІЧНОЇ ТА РЕГЕНЕРАТИВНОЇ
МЕДИЦИНИ ІМЕНІ АКАДЕМІКА М. Д. СТРАЖЕСКА

НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ.»

СТРЕС І СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

За редакцією В.М. Коваленка

Київ – 2022

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
«ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ, КЛІНІЧНОЇ ТА РЕГЕНЕРАТИВНОЇ
МЕДИЦИНИ ІМЕНІ АКАДЕМІКА М. Д. СТРАЖЕСКА
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

СТРЕС І СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

За редакцією В. М. Коваленка

НАЦІОНАЛЬНА 3
НАУКОВА МЕДИЧНА
БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ
01033, м.Київ, вул.Л.Толстого, 7

Київ – 2022

634900

С84 Стрес і серцево-судинні захворювання в умовах воєнного стану. Рекомендовано для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики

За редакцією:

Коваленка Володимира Миколайовича –

директора ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України, академіка НАМН України, професора, д. мед. н., заслуженого діяча науки і техніки України

Наукові редактори:

Мітченко О. І., Несукай О. Г., Сичов О. С.

Редакційна колегія:

Корнацький В. М., Таласва Т. В., Сіренко Ю. М., Міщенко Л. А., Ревенько І. Л., Мітченко О. І., Пархоменко О. М., Соколов Ю. М., Лутай М. І., Сичов О. С., Коваленко В. М., Несукай О. Г., Воронков Л. Г., Кожухов С. М., Шумаков В. О.

ЗМІСТ

Проблема здоров'я в умовах війни <i>Корнацький В. М.</i>	5
Патогенетичні механізми розвитку та прогресування серцево-судинної патології в умовах стресу <i>Таласва Т. В., Третяк І. В., Василичук Н. М., Вавілова Л. Л.</i>	24
Стрес та виникнення артеріальної гіпертензії: що відомо <i>Сіренко Ю. М., Радченко Г. Д., Рековець О. Л.</i>	39
Артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і хронічна хвороба нирок: особливості перебігу в умовах стресу та військового стану <i>Мищенко Л. А., Соколова Л. К., Купчинська О. Г.</i>	63
Вплив стресу на артеріальну гіпертензію та цереброваскулярні захворювання <i>Ревенько І. Л., Корнацький В. М., Мищенко Л. А.</i>	78
Дисліпідемія і стрес <i>Мітченко О. І.</i>	92
Стрес, гострий коронарний синдром та раптова серцева смерть в умовах дії несприятливих природно-соціальних факторів <i>Пархоменко О. М., Іркін О. І., Лутай Я. М.</i>	106
Стрес та патологічний розвиток атеросклеротичної бляшки. Інвазивна діагностика та лікування <i>Соколов М. Ю.</i>	131
Стрес та стрес, пов'язаний з воєнними діями: вплив на серцево-судинні захворювання та ІХС <i>Лутай М. І., Голікова І. П., Швидка М. П.</i>	168

Вплив несприятливих психологічних факторів на захворюваність та перебіг фібриляції передсердь <i>Сичов О. С., Романова О. М.</i>	192
Раптова серцева смерть в умовах впливу стресових чинників <i>Коваленко В. М., Несукай О. Г., Чернюк С. В.</i>	209
Хронічний стрес, тривожно-депресивні розлади та їх клінічні наслідки у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю <i>Воронков Л. Г., Ляшенко А. В., Луцак О. А., Солонович А. С.</i>	230
Вплив стресорних факторів на розвиток та перебіг онкологічних захворювань <i>Кожухов С. М., Довганич Н. В., Базика О. Є., Деяк С. І.</i>	248
Посттравматичний стрес-синдром в умовах воєнних дій <i>Шумаков В. О.</i>	259

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

Корнацький В.М.

Проблеми із здоров'ям в умовах війни пов'язані з нестабільністю соціально-політичної ситуації в країні, що призвела до погіршення психічного здоров'я населення та підвищення серцево-судинного ризику в значній частини населення (військові, а також потерпілі внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь) за рахунок перенесеного травматичного стресу. Соціально-економічний наслідок недооцінки цих станів полягає у значному зростанні кардіо-васкулярної патології саме серед працездатного населення. Основними факторами, що впливають на індивідуальну стресостійкість є: психосоціальні чинники, психологічний розвиток індивідуума, його нейробіологічні особливості (обумовлені генетично та епігенетичні впливи). Дослідження індивідуальної стресостійкості на сьогоднішній день є актуальним як для всього населення – виокремлення людей високого ризику психічних розладів, суїцидів, так і окремих його груп – удосконалення професійного відбору та прогнозування діяльності військовослужбовців, пожежників, рятувальників, працівників авіації. Розуміння основ стресової вразливості дає можливість ефективно прогнозувати, запобігати та лікувати постстресорні патологічні стани. Особливо актуальним є вивчення зв'язку стресостійкості з розвитком, перебігом та виникненням ускладнень серцево-судинної та судинно-мозкової патології. Незважаючи на досягнення в галузі діагностики, лікування та профілактики ХСК, питання поєднання останньої з психічними розладами пограничного типу є проблемними як в методологічному плані, так і з точки зору практичної медицини. Виходячи з цього, вивчення стресостійкості може стати підґрунтям для розробки

індивідуальної профілактики та комплексного надання медичної допомоги хворим з ХСК і супутніми розладами, пов'язаними з травмою чи впливом стресу.

В ДУ Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України проблема психосоматичних розладів у кардіологічній практиці почала вивчатись з 2003 року. Набутий досвід проведених досліджень та аналіз літератури засвідчує, що проблема серцево-судинної та судинно-мозкової патології у країні в сучасних умовах соціально-економічної напруги та воєнних дій значно загострилася. Прогнозується, що стрес-індукована патологія в майбутньому буде визначати провідний тягар медико-соціального спрямування.

Оскільки за визначенням ВООЗ рівень здоров'я визначається комплексом соматичного, психічного та соціального благополуччя, а відповідно середня тривалість якісного життя, формується під впливом визнаних у світі чотирьох складових: природних (генетичних і екологічних) та соціально-економічних умов і суспільно-політичних, а також заходів щодо охорони здоров'я, профілактичних і медичної допомоги, тому у зв'язку з цим ВООЗ прийняла в 2012-му році Глобальний комплексний план дій в 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. Особливо війна накладає серйозний відбиток на психічний стан тих, хто перебуває в зоні бойових дій, оскільки психіка людини здатна відтворювати поведінку в межах тих моделей, які вже є в її досвіді, а тому опинившись залученими до військового конфлікту, не тільки немає програми поведінки в даній ситуації, але й загострюється інстинкт самозбереження.

Постраждали внаслідок бойових дій, насамперед це безпосередні учасники бойових дій, які піддаються впливу надмірних психотравмуючих факторів, що пролонговані у часі. Наслідки травми можуть проявитися раптово або через тривалий час, на фоні цілковитого зовнішнього добробуту людини. Виникає дезадаптація, під якою припускається невідповідність між силою факторів, що впливають на психіку людини, і наявних психічних ресурсів, щоб їм протистояти.

Другою групою є родичі учасників дій. Найпотужнішим фактором впливу на їх психіку є невідомість. На відміну від безпосередніх учасників, вони не можуть спрямувати адаптаційні сили психіки на вирішення конкретних задач, не мають перспективного погляду у майбутнє.

Медичні працівники, психологи, рятувальники, що надають допомогу постраждалим поза зоною відкритого вогню, знаходяться 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 знаходиться під постійним інформаційним впливом в першу чергу джерел масової інформації, що веде до появи або нарощування тривожного компоненту, зміни усталених основ життя та поведінкових патернів. Фактор невідомості та наявна загроза майбутньому провокують появу страху. Наявні чинники провокують перехід найбільш вразливої частини населення у стан непередбачуваної кризової свідомості.

Отримані розробки впроваджені в практичну діяльність у вигляді обґрунтованої концепції мінімізації впливу стресу, а також методичних рекомендацій для закладів МОЗ України по застосуванню запропонованих схем обстеження, алгоритмів лікування хворих на серцево-судинну та судинно-мозкову патологію і коморбідні стани.

Для дослідження негативних чинників впливу були розроблені спеціалізовані анкети – «Вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб кровообігу» для комплексної оцінки соматичного, соціального, психічного та духовного здоров'я.

Також використовувались:

1. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);
2. Коротка шкала тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
3. Клінічна діагностична шкала (CAPS);
4. Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант);
5. Шкала депресії А.Т. Бека;
6. Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS);
7. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера, Ханіна;

8. Оцінка стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Холмса і Праге;

9. Бостонський тест на стресостійкість;

10. Торонтська шкала алекситимії TAS-20 для дослідження рівня емоційного інтелекту, алекситимії, як фактора ризику психосоматичних розладів;

11. Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості Міні-мульт, з метою виявити наявність психологічних особливостей пацієнтів, які можуть зумовлювати виникнення та ускладнювати перебіг основного захворювання і ступінь їх вираженості, наявність та рівень тривожно-депресивних розладів і адекватність сприйняття свого стану;

12. Опитувальник ВООЗ WHO-5 «Індекс здоров'я», за допомогою якого вивчалась стресостійкість пацієнтів, рівень психологічного стресу пацієнтів, як фактор ризику психосоматичних, серцево-судинних розладів.

13. Опитувальників оцінки якості життя (Чабан О. С., Хаустова О. О.).

Для оцінки психоемоційного стану пацієнта пропонувалось дати відповіді на питання госпітальної шкали тривоги та депресії.

Серед опитувальників оцінки загальної якості життя в Україні тривалий час застосовується шкала Чабана О. С., Хаустової О. О., яка являє собою методику, адаптовану до місцевих умов і містить 10 запитань, що включають інтегровані показники задоволення соціальним статусом, трудовою діяльністю, сімейним благополуччям, самопочуттям в цілому та дає змогу виявити динаміку зміни у ставленні пацієнта до цих категорій в процесі терапії; оціночні критерії тесту виявляють суб'єктивні переживання якості життя як вкрай низької (менше 7-ми балів), низької (7–12), середньої (13–18), високої (19–24) та дуже високої (25–39).

Анкета визначення соціальних факторів впливу на здоров'я передбачає вибір з 28 чинників саме тих, які протягом останніх шести місяців мали місце в житті пацієнта та спричиняли дискомфорт. Завдяки даному опитувальнику вдалося проаранжувати чинники за частотою їх згадування у вибірці. Наприклад, стало очевидним, що в п'ятірці основних факторів соціального впливу на рівні матеріальних труднощів та погіршення здоров'я рідних, перебувають політичні події та засоби масової інформації. Таким чином, даний

опитувальник служив не тільки діагностичним інструментом виявлення шкідливих соціальних чинників, а й сприяв кращому усвідомленню хворими тих факторів навколишнього середовища, які однозначно сприяють стресовому навантаженню на організм але перебувають за межами свідомого поводження з ними.

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР – використовується для первинного скринінгу симптомів тривоги, депресії та ПТСР у осіб, які пережили будь-які психічні травми.

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5, як правило, застосовують для встановлення діагнозу ПТСР. CAPS-5 визначає основні критерії вказаного розладу, ступінь функціональних порушень і клінічну оцінку його тяжкості, а також зміну ступеня тяжкості під час лікування.

Міссісіпська шкала була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій. На сьогодні вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів здійснюється сумуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Пункти опитувальника входять у 4 категорії, три з яких співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів направлени на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникання, а 8 – відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших запитань направлені на виявлення почуття провини та суїцидальності.

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге призначена для самостійної оцінки «рівня стресу» і «стресостійкості», може застосовуватися при діагностиці психосоматичних захворювань.

Торонтська шкала алекситимії – клінічний опитувальник, призначений для вивчення такої особистісної характеристики, як алекситимія, що полягає в зниженні або відсутності здатності до розпізнавання, диференціювання і вираженню емоційних переживань і тілесних відчуттів. Іноді в це поняття також включають низьку емоційну залученість в повсякденному житті.

Незважаючи на значний прогрес і колосальні досягнення в галузі діагностики, лікування та профілактики серцево-судинної

патології, питання поєднання останньої з психічними розладами пограничного типу є незрозумілими та проблемними як в методологічному плані, так і з точки зору практичної медицини. Проблеми коморбідності психічної та соматичної патології сьогодні набувають все більшого значення.

За результатами дослідження INTERHEART серед 30000 учасників із 52 країн у третини були виявлені психосоціальні фактори та стресові життєві події, які практично втричі підвищували ризик серцевих нападів.

У перші п'ять років після завершення війни у В'єтнамі майже 50% колишніх військовослужбовців США відзначали дезадаптованість у суспільному житті, близько 10% вчиняли кримінальні злочини, а ще 10% були схильні до самогубства, і лише третина адаптувалися до мирного життя. Це стало причиною створення міністерства у справах ветеранів бойових дій.

Результати досліджень, проведених колегами з Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, показали, що серед психічних розладів у військовослужбовців ЗС України, бійців НГ, їх родичів і біженців превалюють посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації. Особливостями військових подій є велика кількість мирних громадян, які потерпають від травматичних подій (не лише самі жертви, а й їхні родини, оточення), непрогнозованість і значна тривалість бойових дій. Окрім того, зазначена ситуація відбувається на тлі негативного інформаційного впливу. Значення має не тільки стрес, що діє, а як сприймається кожною людиною, тобто індивідуальна стресостійкість.

Наслідки збройних військових конфліктів та соціально-економічних негараздів у масштабах цілої країни завжди величезні та непередбачувані. Наприклад, за підрахунками Міністерства охорони здоров'я Сирії з 2011 по 2015 роки (після 4 років війни та економічних проблем) захворюваність психічними розладами серед населення зросла на чверть.

З огляду на нагромадження критичної маси нових даних, змінився підхід до розуміння формування постстресорних станів. Зокрема, у 2013 році опубліковано п'яте видання діагностичного статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), в якому ПТСР, що раніше відносився до тривожних розладів, перемістився в окрему главу, пов'язаних з травмою чи впливом стресу.

За результатами дослідження стану здоров'я протягом 2019–2021 років 595 учасників АТО кардіологічних хворих на третинному етапі медичної допомоги встановлено, що посттравматичний стресовий розлад (ПТРС) та розлади адаптації є незалежними факторами ризику розвитку ХСК.

Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації можуть впливати на погіршення не тільки психічного здоров'я, а і на ризик та розповсюдження кардіоваскулярної патології.

Недооцінка зазначених вище станів веде до значного зростання серцево-судинної патології серед працездатного населення.

Дослідження впливу стресостійкості постраждалих із стресасоційованими розладами в умовах збройного конфлікту сприятиме покращанню їх лікування, реабілітації і профілактиці.

З 2014 року нестабільна соціально-політична ситуація в країні та військові дії на Сході призвели до погіршення психічного здоров'я населення та підвищення серцево-судинного ризику в значній частині населення (військові, а також потерпілі внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь) за рахунок перенесеного травматичного стресу.

Соціально-економічний наслідок недооцінки цих станів полягає у значному зростанні серцево-судинної патології саме серед працездатних.

Надання медичної допомоги повинно бути комплексним та включати консультацію психолога чи психотерапевта задля впливу на нові модифіковані фактори кардіоваскулярного ризику.

Боротьба з серцево-судинними факторами ризику, враховуючи їх розповсюдженість в учасників АТО, потерпілих внаслідок бойових дій і супутніх потрясінь, повинна починатись з первинної ланки.

Розробка та запровадження комплексних міжвідомчих програм медико-соціальної реабілітації як учасників війни, так і потерпілих.

Створення державного реєстру постраждалих внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь (на зразок World Trade Center Registry).

Вкрай значною психосоматичною проблемою здоров'я постраждалих внаслідок війни є кардіocereбральна патологія у зв'язку із значною частотою їх розвитку, великим відсотком інвалідизації та смертності. Найбільш тяжкою формою судинних захворювань є

інсульт – гетерогенний клінічний синдром вогнищового ураження головного мозку, пов'язаний з гострим порушенням його кровообігу, який займає одне з перших місць серед причин смертності і стійкої втрати працездатності.

Вивчення динаміки захворюваності на інсульт у світі за останні десятиріччя вказує на існування стійкої тенденції до її зростання, яка становить 0,5–2% на рік. Протягом останніх 10 років цей показник збільшився з 2,2 до 3,5 на 1000 населення.

За даними сучасних міжнародних досліджень (STONE, Syst-Eur, NIKS), в структурі серцево-судинної патології рівень захворюваності інсультами почав переважати над показниками захворюваності інфаркту міокарда приблизно на 30% («інсультний парадокс»). Цереброваскулярні хвороби «молодшають», за останні п'ять років третину від загальної кількості хворих з порушеннями мозкового кровообігу становили люди у віці до 50 років.

Зростання захворюваності ЦВХ пов'язане зі збільшенням факторів ризику, таких як: тютюнопаління, гіперліпідемія, ожиріння, цукровий діабет та артеріальна гіпертензія. Загальна тенденція у світі спрямована на зниження смертності від гострих цереброваскулярних хвороб.

Основними причинами виникнення інсульту є атеросклероз, кардіогенна патологія та артеріальна гіпертензія. Важливою проблемою у пацієнтів з поєднаною ЦВП та ХСК є вивчення прогностичних аспектів перенесеного інсульту та ризику кардіологічних ускладнень в ранньому та віддаленому постінсультному періодах, адже у хворих, що перенесли інсульт, основними причинами летальності в подальшому стає кардіологічна патологія: фатальний інфаркт міокарда (ІМ), важкі порушення серцевого ритму, раптова смерть, а тому своєчасна діагностика предикторів кардіологічних ускладнень, патогенетично обґрунтована терапія, розробка алгоритму поєднаної неврологічної та кардіологічної реабілітації пацієнтів, що перенесли інсульт, дозволять знизити загальний серцево-судинний ризик, збільшити тривалість життя та покращити його якість.

Важливим у кардіоневрології є розробка тактики ведення пацієнтів у ранньому постінсультному періоді, так як у 70% хворих з інсультом виявляють коморбідні кардіологічні захворювання: сер-

цєву недостатність, порушення ритму серця, ангінозні напади, неконтрольовану АГ. Для відновлювальної терапії необхідна співпраця кардіолога та невролога.

У дослідження нашого ННЦ увійшло 168 пацієнтів, у яких інсульт розвинувся в кардіологічному стаціонарі. Серед них 35 чоловіків та 27 жінок. Середній вік склав 64,9 (наймолодший -- 38 років, найстарший – 82).

Усім пацієнтам проведено: клініко-неврологічне обстеження (шкала NIHSS; шкала ABCDE); КТ головного мозку (16-ти зрізовий мультиспіральний КТ General Electric); МРТ головного мозку (Toshiba Vantage HSP 1,5 тесла); УЗДГ трансекстракраніальних судин; добове моніторування АТ; ЕКГ; ехокардіографія; лабораторні дослідження (загальний аналіз крові; визначення рівня електролітів, глюкози, АЛТ, АСТ, креатиніну, холестерину; коагулограма з визначенням МНО).

Стрес-асоційований діагноз встановлений після проведення клініко-неврологічного обстеження та нейровізуалізації протягом першої години – у 10 пацієнтів (19,2%), протягом перших трьох годин – у 35 (67,3%), від трьох до шести – у 7 (13,5%).

У більшій частини пацієнтів були виявлені інші захворювання: гостра метаболічна енцефалопатія – у 52 (30,9%); ТІА у 24 (14,2%); параліч. Тода після епілептичного нападу – 3 (1,7%), доброякісне позиційне запаморочення у 12 (7,1%); транзиторна глобальна амнезія – 6 (3,6%); панічні розлади у 9 (5,3%). Підтверджений інсульт діагностовано у 62 (36,2%) випадках.

Серед них стрес-асоційована клініка ГПМК:

- легкий інсульт (за шкалою NIHSS < 5 балів) був у 25 осіб (40,4%);

- середньої тяжкості (за шкалою NIHSS 6–13 балів) – у 23 (37,1%);

- тяжкий інсульт (14-25 балів) – у 14 (22,5%).

Локалізація вогнища інсульту за даними нейровізуалізації: в басейні лівої середньої мозкової артерії – у 35 випадках (56,4%); правій середньої мозкової артерії – в 15 (24,1%), у вертебробазиллярному – у 12 (19,3%).

Серед неврологічних симптомів моторні порушення (парези, плегії в кінцівках) виявлено у 42% пацієнтів, мовні (афазія, дизарт-

рія) – 34,6%, зорові – у 30,7%; атактичні – у 26,9%, сенсорні – у 23%.

Підтипи ішемічних інсультів розділились порівну: атеротромботичні – 25%, лакунарні – 25%, кардіоеMBOLІЧНІ – 25%, криптогенні – 25%.

Серед пацієнтів, які увійшли в дослідження, кардіоеMBOLІЧНИЙ інсульт розвинувся у 31 особи (50%), лакунарний у 15 (24,1%), атеротромботичний у 14 (22,5%), геморагічний у 2 (3,2%).

Атеротромботичні інсульти були у 14. Причиною виникнення у 9 осіб був стеноз сонних артерій (>70%), у 5 – поєднання стенозу магістральних артерій з артеріально гіпертензією, але основним патогенетичним чинником стала атеротромбоеMBOLІЯ.

У 6 пацієнтів інсульт був легким (за шкалою NIHSS <5 балів), у 6 – середньої тяжкості (за шкалою NIHSS 6-13 балів), у 2 – тяжкий.

Локалізація інсультів: ліва середня мозкова артерія – у 8 випадках (55,5%); права середня мозкова артерія – у 5 (33,3%); вертебробазиллярний басейн – в 1 (11,2%). Встановлено діагноз «лакунарний інсульт» у 15 пацієнтів. У 12 основною причиною виникнення була артеріальна гіпертензія. У трьох – гемодинамічний фактор (різке зниження тиску).

У 10 пацієнтів інсульти були легкими (<5 балів за шкалою NIHSS), у 5 – середньої тяжкості (за шкалою NIHSS 6–13 балів). Усі пацієнти виписані з мінімальним неврологічним дефіцитом і позитивним прогнозом.

Вогнища інфаркту головного мозку локалізувались в басейні лівої середньої мозкової артерії (6 осіб), правої середньої мозкової артерії (2 особи) та у вертебробазиллярному басейні (6 осіб).

КардіоеMBOLІЧНІ інсульти (КЕ) виникли у 31 пацієнта, що склало 50%. У структурі кардіоеMBOLІЇ переважали інсульти середньої тяжкості.

Локалізація інфаркту мозку в басейні лівої середньої мозкової артерії (16 осіб – 51,6%) перевищувала таку в басейні правої середньої мозкової артерії (10 осіб – 32,2%) і вертебробазиллярному басейнах (5 осіб – 16,1%).

На основі власних досліджень проведено стратифікацію причин кардіогенної мозкової емболії: найбільш частими причинами інсульту стали: пароксизмальна форма фібриляції передсердь (ФП)

(29%), постійна ФП (21%), гострий інфаркт міокарда (17%); клапанна ФП, міокардит та ДКМП (по 9%), міксом (1 пацієнт).

У рамках дослідження пацієнтам з ФП без встановленого діагнозу «інсульт» проводилась МРТ головного мозку. У 42 пацієнтів виявлено асимптомні інфаркти головного мозку. Після неврологічного огляду і ретельного вивчення анамнезу у 10 пацієнтів був чітко визначений час розвитку неврологічної симптоматики та виявлено неврологічні порушення, які відповідали зоні інфаркту, тобто у 24% встановлено діагноз інсульт.

Фактори, що вплинули на розвиток всіх підтипів інсультів.

1. Неадекватна антикоагулянтна (АК) терапія: відсутність її призначення пацієнтам з ФП; титрування дози варфарину для досягнення цільової дози МНО у пацієнтів з ФП без призначення профілактичної дози прямих АК; недостатні дози пероральних антикоагулянтів; порушення протоколу підготовки до кардіоверсії, порушення режиму прийому пероральних АК пацієнтами. (27%);

2. Не діагностовано стеноз магістральних судин – у 15,3%.

3. Сечогінна терапія, що провокує розвиток гіповолемії, гемореологічні порушення, різке зниження тиску – 15,3% ;

4. Різке зниження АТ у пацієнтів з гемодинамічно значущим стенозом магістральних артерій – 11,5,3%;

5. Не стабілізовано рівень АТ – 8,1%

6. Стратегічних помилок не виявлено 23%.

У всіх пацієнтів, що перенесли ГПМК виявлені коморбідні фактори ризику розвитку інсульту: у 80% – артеріальна гіпертензія, у 72% -дисліпідемія, у 48% – стеноз сонних артерій (від 20% стенозу до повної оклюзії); у 42% – фібриляція передсердь, у 32% – цукровий діабет, у 28% – серцева недостатність, у 8% – міокардит, у 4% – інфаркт міокарда.

Епідеміологія, клінічні прояви та лікування інсультів у пацієнтів з ХСК має ряд відмінностей (привалювання кардіоемболічних інсультів над іншими, розвиток ГПМК на фоні кардіологічного лікування, коморбідна кардіологічна патологія) у порівнянні з загальною популяцією.

Зважений, індивідуальний підхід з урахуванням факторів ризику ГПМК у кардіологічних пацієнтів, є основою запобігання розвитку інсультів.

Інтегральне поєднання первинної і вторинної профілактики інсультів, які завжди були пріоритетом кардіологів, з лікуванням інсультів, що проводиться неврологами, є основним напрямком кардіоневрології у подоланні проблеми гострих порушень мозкового кровообігу.

Психотерапевтична допомога в кардіології вимагає нових підходів у лікуванні кардіологічних пацієнтів. За даними останніх досліджень з'ясовано, що, незважаючи на всі переваги доказової медицини, неможливо обмежуватися тільки протоколами лікування. Надзвичайної актуальності сьогодні набуває персоніфікований підхід до терапії. Тобто, врахування індивідуальних, характерологічних особливостей пацієнта, терапія коморбідних психічних розладів, які за поширеністю займають друге місце після серцево-судинних.

Усе більше досліджень доводить тісний зв'язок між психічним та соматичним благополуччям, намагаючись переконати лікарів приділяти більше уваги емоційному стану пацієнтів. Як для наукових досліджень, так і для практичної медицини не є новиною те, що певні характерологічні особливості можуть як ускладнювати так і прискорювати одужання, а наявність коморбідної психічної патології, негативні соціальні фактори спричиняють додатковий патопластичний ефект.

Важливим та актуальним в сучасних умовах є поєднання практичного досвіду та доказової бази у міждисциплінарних галузях, зокрема, інтеграція методів психологічної діагностики та психотерапевтичних підходів у загально медичну мережу, що відповідає актуальній концепції піклування не тільки про здоров'я, а й про якість життя пацієнта.

Стратегія, що враховує вплив індивідуальних особистісних рис та психосоціальних факторів на перебіг захворювання та якість життя, впроваджується ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска».

Серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною смертності у світі протягом останніх 10 років, причому їх питома вага зросла за останні 15 років на 20%. Важливі досягнення у медицині, особливо за останній час, збільшили тривалість життя, але його якість залишається незадовільною, в тому числі, через ве-

лику кількість емоційних, стресових розладів та психосоматичних симптомів. Поширеність психосоматичних розладів у світі – від 15 до 50% у популяції. У загально медичній галузі такі порушення складають від 30 до 57%.

Новітні дослідження підтверджують, що хвороби серця та психічні розлади є взаємопов'язаними. Як коморбідні психічні розлади обтяжують перебіг, погіршують прогноз, так само і серцево-судинні захворювання можуть бути підґрунтям для виникнення тривожних, депресивних, посттравматичних стресових розладів тощо.

Крім того, патопластичний ефект можуть спричиняти деякі психологічні особливості людини та негативні психосоціальні фактори. Наприклад, є багато досліджень стосовно підвищеного ризику серцево-судинної патології та подальших ускладнень у особистостей дистресорного типу («тип Д»), але є й багато інших психологічних та соціальних факторів, що провокують, обтяжують перебіг, погіршують прогноз хвороб серця.

Все вищевказане актуалізує застосування психосоматичного підходу до кардіологічної патології. В сучасних умовах відбувається поступова інтеграція психосоматичних підходів у загальномедичну галузь, що пов'язано з наявністю великої кількості фактичних даних та високою соціальною та стратегічною значимістю цієї проблеми, що робить її актуальною для найширшого кола фахівців, зокрема долучення психосоматичних факторів до рекомендацій провідних медичних асоціацій.

Даний підхід реалізується на практиці у ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска», у дослідженні якого проконсультовано 198 пацієнтів (37 – амбулаторно, 161 – стаціонарно).

Виявлено: депресивних розладів – 56% (111 випадків), тривожних розладів – 30,3% (60); на змішані розлади: тривожні, депресивні, соматоформні, адаптації та інші припало 13,6% (27). У всіх випадках проводились психоедукаційні бесіди з пацієнтами, спрямовані на роз'яснення специфіки симптомів, зниження тривоги, пов'язаної з певною стигматизацією психічних порушень, надавались рекомендації з профілактики стрес-асоційованих розладів, модифікації способу життя.

Якщо дозволяв соматичний стан та особистісні риси пацієнта, зокрема, готовність до змін, відсутність «вторинної вигоди» від

