

В.І. Клименко, Ю.В. Василькова

## СИНДРОМ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ – ПІДҐРУНТЯ ДЛЯ РОСТУ ПОШИРЕНОСТІ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Запорізький державний медичний університет

**Ключові слова:** хвороби системи кровообігу, психічне здоров'я, чинники ризику.

**Ключевые слова:** болезни системы кровообращения, психическое здоровье, факторы риска.

**Key words:** diseases of the cardiovascular system, risk factors.

У статті наведено дані про вплив синдрому психоемоційного напруження на виникнення та ускладнення перебігу кардіологічної патології. Доведено, що відсутність своєчасної психотерапевтичної допомоги кардіологічним хворим, призводить до її психосоматизації. Пропонуються відповідні організаційні заходи для впровадження психотерапевтичної допомоги.

В статье представлены данные о влиянии синдрома психоэмоционального напряжения на возникновение и осложнение течения кардиологической патологии. Доказано, что отсутствие своевременной психотерапевтической помощи кардиологическим больным, приводит к её психосоматизации. Предлагаются соответствующие организационные мероприятия для внедрения психотерапевтической помощи.

In the article there are the dates of influence of syndrome psychoemotional voltage on appearance and complications of cardiology pathology. It is proved that absence of time psychotherapeutic help to cardiology patients, leads to their psychosomatization. It is suggest accordance organizational measures for introduction of psychotherapeutic help.

Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать про все більш широке розповсюдження порушень здоров'я, пов'язаних з розвитком гострого і хронічного емоційного стресу, психосоматизації хвороб. В Україні протягом останніх 20 років ХСК посідають перше місце в структурі смертності, серед поширеності всіх хвороб їм належить третина, займають провідне місце в структурі первинної інвалідності, особливо серед працездатного населення, а зміни психічного здоров'я не враховуються.

Дослідження проблеми порушень психічного здоров'я спрямовується в основному на клінічних проявах та їх фармакологічній корекції. Поза увагою залишаються медико-соціальні аспекти психосоматизації хвороб.

Актуальність дослідження значною мірою посилюється тим, що не зважаючи на проведені заходи по виконанню Національних Програм профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, а також запобігання і лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, вони залишаються значною медико-соціальною проблемою [1-4].

Відсутність в Україні комплексної системи медичної допомоги кардіологічним хворим з урахуванням їх психоемоційного стану і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання.

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ:** наукове обґрунтування концептуальних напрямків медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах психоемоційного стресу.

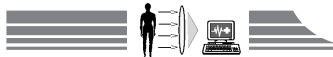
**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.** Нами (за умови інформованої згоди пацієнтів) було проведено скринінгове дослідження 671 із кардіологічним діагнозом хворого за методикою М.А. Whooley, з яких комплексно клінічно обстежені 422: вивчено аналіз психоемоційного стану з відповідним діагностичними тестами і анамнестичних даних та медичну документацію (історії хвороби, витяги з історій хвороби, амбулаторні картки, довідки). Об-

стеження проводилося на базі кардіологічного відділення Запорізької басейнової лікарні, в Запорізькому обласному кардіологічному диспансері та поліклінічного відділення лікарні ВАТ „Мотор Січ”. В дослідженні використані методи системного підходу та медико-статистичного аналізу на всіх його етапах; контент-аналіз і бібліосемантичний – для вивчення світового досвіду стосовно досліджуваної проблеми; соціологічний, епідеміологічний, психометричного тестування; імуноферментний, спектрофлюориметричний та біохімічних досліджень - для оцінки наявності синдрому психоемоційного напруження; структурно-логічного аналізу і графічного зображення результатів.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.** Встановлено, що за останні роки структура поширеності ХСК як в Україні, так і в Запорізькій області не змінилася, а за основними нозологіями відзначається щорічний приріст. Питома вага поширеності ХСК у працездатного населення серед всього населення становить 60 % (на 01.2007 р.), а захворюваність – 83,1 %.

Результати дослідження поширеності змін психоемоційного стану у кардіологічних хворих за методикою М.А. Whooley засвідчили, що достовірна більшість кардіологічних хворих, не залежно від нозології, мають порушення психоемоційного стану вже при ГХ І ст. Більш глибокі порушення психоемоційного стану у кардіологічних хворих виявлені при наявності ускладненого перебігу ССЗ.

Підтвердження впливу соціально-психологічних чинників на перебіг ХСК та зміни психоемоційного стану особистості потребувало вивчення чинників середовища в залежності від нозології та гендерних відмінностей. Встановлено, що на ГХ однаковою мірою хворіють як чоловіки, так і жінки, проте у жінок вона розвивається пізніше і частіше супроводжується супутньою патологією, яка може приховувати симптоми захворювань серця, в той час як у



чоловіків вона швидше прогресує, призводячи до ускладнень. У групі хворих на ІХС (всі форми разом) переважали чоловіки і склали 73 % респондентів, а при наявності післяінфарктного кардіосклерозу їх кількість зросла до 85,1 %. Аналіз розподілу хворих за рівнем матеріально-побутових умов засвідчив достовірно нижчий рівень прибутку у жінок. Серед хворих на ГХ вірогідно більша частина зайнята на керівних посадах або є державними службовцями, серед хворих на ІХС не встановлено жодного випадку з тих, хто навчається або ніколи не працював, в той час як серед хворих на ГХ дані категорії виявлені. Частка пенсіонерів вірогідно перевищує серед хворих на ГХ, а за інвалідністю вона перевищує у хворих на ІХС.

Аналіз професійних маршрутів респондентів показав, що найчастіше зустрічається емоційне напруження і емоційне навантаження та їх поєднання, порушення режиму праці та відпочинку, особиста відповідальність, фізичне навантаження. Щодо мікроклімату у родині, то понад третина жінок вважають свої сімейні стосунки досить напруженими з тривалістю конфліктів понад 10 років.

Оцінка комплексної дії стресогенних чинників впливу на життя особистості визначалась за методикою Холмса і Раге, що дозволило дослідити рівень стресостійкості і соціальну адаптацію особистості, використання якої засвідчило ступінь стресового навантаження. Достовірно високий ступінь опору стресу серед хворих виявлено лише у хворих на ГХ II ст., а у пацієнтів з ускладненнями перебігу кардіологічних захворювань - пороговий ступінь опору стресу. При цьому у 15,7 % хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом виявився низький рівень опору -  $304 \pm 12,7$  балів та надмірність стресогенних життєвих подій, які могли стати ЧР для розвитку ГІМ.

Дослідження синдрому психоемоційного напруження за всіма 5 ознаками: клінічні, психологічні, фізіологічні, ендокринологічні, метаболічні дозволило встановити, що кардіологічні хворі дійсно знаходяться в стресовому стані. Найвищий рівень реактивної тривожності спостерігався у хворих на ГХ I ст. на фоні найнижчої особистої тривожності, що може бути підґрунтям для виникнення соматичного захворювання, зокрема ГХ. По мірі прогресування ГХ спостерігається достовірно підвищення особистої тривожності (як стійкої характеристики людини). При цьому у хворих на ГХ III ст. відмічено достовірно не тільки високий рівень особистої тривожності, але й реактивної. У хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом в анамнезі рівень особистої тривожності був найвищий, що свідчить про значну роль постійно діючих соціально-психологічних ЧР на розвиток інфаркту міокарда. З прогресуванням ГХ відмічаються більш глибокі зміни в особистості хворого, які супроводжуються накопичуванням особистої тривожності, що призводить до депресивного стану невротичного генезу, про що свідчать дані отримані за методикою Зунге при ускладненні перебігу ССЗ. Встановлено, що з прогресуванням кардіологічних захворювань спостерігається виснаження адаптаційних можливостей організму, що підтверджується найвищим по-

казником інсулін-кортизолового індексу при ускладненому їх перебігу. Аналогічні дані і з показниками симпатико-адреналової системи, де спостерігається виснаження депо норадреналіну.

Виявлені кореляційні зв'язки між всіма ознаками середньої та сильної сили, що дозволило стверджувати про наявність стресового стану у кардіологічних хворих.

Однак хворі не отримують необхідної психологічної допомоги, як наслідок фактичної відсутності в Україні лікарів-психологів та незадовільного забезпечення психотерапевтами.

Результати анкетування практикуючих лікарів звертають увагу на необхідність підвищення ролі медичної психології, психотерапії і психопрофілактики в соматичній медицині і важливість медико-психологічної реабілітації хворих на ХСК.

Таким чином, результати дослідження засвідчили значні організаційні недоліки у наданні медичної допомоги кардіологічним хворим, пов'язані, зокрема, в фактичній відсутності психологічної допомоги, що потребувало наукового обґрунтування оптимізованої нової її системи. В її основу покладалась Програма ВООЗ з охорони психічного здоров'я, положення Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації на 2002-2011 роки" (2002), результати власних досліджень.

Поступове впровадження психологічної допомоги потребує відповідних організаційних заходів:

- введення в медичних закладах всіх рівнів посад лікарів психологів та збільшення посад психотерапевтів;
- втілення в роботу всіх лікарів загальносоматичного профілю, особливо первинної ланки алгоритму комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих;
- навчання лікарів загальносоматичного профілю на курсах тематичного вдосконалення в межах стандартизованої освітньої програми стосовно діагностики та профілактики найбільш розповсюджених психічних розладів;
- організації професійної взаємодії між лікарями загальносоматичної та психотерапевтичної служб з метою залучення останніх до комплексної медичної допомоги;
- інформування хворих щодо характерних проявів найбільш частих психопатологічних станів з метою визначення ними психогенних скарг для обґрунтованого звернення до лікаря.

## ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що поширеність порушень психоемоційного стану серед кардіологічних хворих становить 85 % (на 100 опитаних) на фоні зростання рівня загальної захворюваності хворобами системи кровообігу за період 1995-2006 р.р. по Запорізькій області в 2,14 рази проти 1,7 по Україні, що свідчить про наявні проблеми в системі організації медичної допомоги кардіологічним хворим із психоемоційним стресом.

2. Показано, що провідними чинниками впливу на психоемоційний стан кардіологічних хворих є емоційна напруга та навантаження на роботі (група кардіологічних



хворих зі змінами психоемоційного стану –  $97\pm 3,8\%$  проти  $63\pm 6,4\%$  в групі кардіологічних хворих без змін психоемоційного стану,  $p < 0,01$ ), сімейні конфлікти ( $87\pm 3,4\%$  і  $16\pm 2,1\%$ ,  $p < 0,001$ , відповідно), відсутність перспективи у власному житті та житті дітей ( $77\pm 4,2\%$  і  $40\pm 4,0\%$ ,  $p < 0,01$ , відповідно), події в країні, які створюють ситуацію тривоги в індивідуума ( $74\pm 4,9\%$  та  $56\pm 4,9\%$ ,  $p < 0,05$ , відповідно).

3. Виявлено, що ускладнення перебігу серцево-судинних захворювань супроводжуються накопичуванням особистої тривожності до  $53,9\pm 0,74$  балів у хворих на ГХ III ст. та  $58,4\pm 1,01$  балів у хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом, призводячи до виникнення депресивного стану невротичного генезу та виснаження резервів компенсаторних можливостей, що підтверджується найвищими показниками інсулін-кортизолового індексу (2,37) та виснаження депо норадреналіну.

4. Доведено, що існуюча система надання медичної до-

помоги кардіологічним хворим є недосконалою, особливо в частині забезпечення психотерапевтичною допомогою щодо запобігання впливу стресів. Головними організаційними недоліками є недостатня інтеграція психотерапевтичної служби.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В.М. Артеріальна гіпертензія – медико-соціальна проблема / Коваленко В.М., Корнацький В.М., Свіщенко О.П. – К., 2002. – 101 с.

2. Національна Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії : стан виконання та напрямки подальшої реалізації в Україні : матеріали Української науково-практичної конференції [“Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні в рамках реалізації Національної програми”] / За ред. В.М. Коваленка, Г.В. Дзяка, Л.Т. Малої [та ін.]. – К. : Моріон, 2002. – С. 15-19.

3. Коваленко В.Н. Реализация Национальной Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине / В.Н. Коваленко, Ю.Н. Сиренко // Украинский медицинский часопис. – 2003. – Т. 37, № 5. – С. 97-101.

4. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз (аналітично-статистичний посібник) / Під ред. В.М. Коваленка., В.М. Корнацького. – К., 2008. – 111 с.

#### Відомості про авторів:

Клименко В.І., д. мед. н., доц. зав. каф., соціальної медицини ЗДМУ.

Василькова Ю.В., студентка IV курсу медичного факультету ЗДМУ.

**Контактні телефони:** 0502031512, 0934511700, e-mail: 2galk@rambler.ru

УДК616.127-005.8-018.74-06:616.008.9:[616-085:577.115.3]-07

*В.Д. Сиволап, Н.С. Михайловська*

### ЗАСТОСУВАННЯ ОМЕГА 3-ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ: ВПЛИВ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ, ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ, МАРКЕРИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

*Запорізький державний медичний університет*

**Ключові слова:** Q-інфаркт міокарда, метаболічний синдром, клінічний перебіг, омега 3-поліенасичені жирні кислоти, маркери системного запалення, ендотеліальна дисфункція.

**Ключевые слова:** Q-инфаркт миокарда, метаболический синдром, клиническое течение, омега 3-полиненасыщенные жирные кислоты, маркеры системного воспаления, эндотелиальная дисфункция.

**Key words:** Q-myocardial infarction, metabolic syndrome, clinical course, omega-3-polyunsaturated fatty acids, markers of systemic inflammation, endothelial dysfunction.

Досліджено ефективність застосування омега-3 поліенасичених жирних кислот на тлі базисної терапії у хворих на Q-інфаркт міокарда з метаболічним синдромом: вплив на клінічний перебіг, ліпідний спектр крові, маркери системного запалення та ендотеліальної дисфункції. Встановлено, що комбінована гіполіпідемічна терапія омега-3 поліенасиченими жирними кислотами та симвастатином сприяє зниженню кількості рецидивів захворювання, епізодів ранньої післяінфарктної стенокардії на госпітальному етапі, розвитку аритмічних ускладнень та серцевої недостатності, а також частоти повторних госпіталізацій після виписки зі стаціонару, позитивний вплив на показники ліпідного спектру крові, маркери системного запалення та ендотеліальної дисфункції протягом 6 місяців. Комбінована терапія статинами та омега-3 поліенасиченими жирними кислотами має переваги перед традиційною монотерапією статинами за впливом на клінічний перебіг захворювання, рівень тригліцеридів, активність цитокінів і може бути рекомендована для тривалої гіполіпідемічної терапії у хворих на інфаркт міокарда з метаболічним синдромом.

Исследована эффективность применения омега-3 полиненасыщенных жирных кислот на фоне базисной терапии больных Q-инфарктом миокарда с метаболическим синдромом: влияние на клиническое течение, липидный спектр крови, маркеры системного воспаления и эндотелиальной дисфункции. Установлено, что комбинированная гиполлипидемическая терапия омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами и симвастатином способствует снижению количества рецидивов заболевания, эпизодов ранней постинфарктной стенокардии на госпитальном этапе, развитию аритмических осложнений и сердечной недостаточности, а также частоты повторных госпитализаций после выписки со стационара, позитивно влияет на показатели липидного спектра крови, маркеры системного воспаления и эндотелиальной дисфункции на протяжении 6 месяцев. Комбинированная терапия статинами и омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами имеет преимуществ перед традиционной монотерапией статинами по влиянию на клиническое течение заболевания, уровень триглицеридов, активность цитокинов и может быть рекомендована для длительной гиполлипидемической терапии у больных Q-инфарктом миокарда с метаболическим синдромом.

© В.Д. Сиволап, Н.С. Михайловська, 2009