

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК
УКРАЇНИ**

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
«ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ імені акад. М.Д. СТРАЖЕСКА»**

**СТАН ЗДОРОВ'Я НАРОДУ УКРАЇНИ
В УМОВАХ ВІЙНИ**

(Посібник)

Київ – 2022

УДК 616.12-082

Стан здоров'я народу України в умовах війни. Рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики

Під редакцією:

Коваленка Володимира Миколайовича –

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

Корнацького Василя Михайловича –

завідувача відділу медико-соціальних проблем кардіології, член-кор. НАМН України, д.мед.н., професора, заслуженого лікаря України, заступника директора ННЦ з науково-клінічної роботи,

Підготовлено робочою групою відділу медико-соціальних проблем кардіології:

**Манойленко Т.С., Дорохіна А.М., Ревенько І.Л.,
Бсяєва Т.В., Адарічева Ж.Г.**

При підготовці посібника використані дані ВООЗ, Європейського відділення ВООЗ, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», за що висловлюємо вдячність:

в.о. директора ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» Заболотько В.М., співробітникам Сазоновій І.Д., Дудукчян І.В., Стешенко І.Є., Сегін Л.В., Кравчук Н.Г., Гайдар С.Г.

□ ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска», 2022

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	6
РОЗДІЛ 1. Стан здоров'я народу України	8
1.1. Неінфекційні захворювання та пандемія COVID-19 ..	8
1.2. Поєднання серцево-судинної патології з психічними розладами	15
1.2.1. Стрес-асоційована патологія серцево-судинної системи в умовах військових дій та збройних конфліктів	18
1.2.2. Стрес і хвороби серця	26
1.3. Стан здоров'я народу України за 2014–2021 роки	32
1.3.1. Тривалість життя – інтегральний показник стану суспільства	34
1.3.2. Демографічні показники в світі та Україні	39
1.4. Поширеність НІЗ у світі і пріоритетність дій у боротьбі з ними	48
1.4.1. Інсульт – провідна причина смертності в Україні	53
1.4.2. Негативний вплив НІЗ на розвиток людського потенціалу	57
Список використаних джерел	60
ДОДАТОК 1. Показники стану здоров'я населення Європи і світу	62
ДОДАТОК 2. Показники стану здоров'я населення України (2014–2020 рр.)	84

РОЗДІЛ 2. Дослідження впливу стресостійкості на розвиток і перебіг серцево-судинної та судинно-мозкової патології в умовах збройного конфлікту	119
2.1. Оцінка результатів дослідження	127
2.1.1 Дослідження кардіологічних хворих на третинному етапі	127
2.1.2. Оптимізація кардіологічної допомоги третинного рівня хворим із стрес-асоційованою коморбідною патологією	129
2.1.3. Інсульти у пацієнтів з кардіологічною патологією	133
2.1.4. Особливості психотерапевтичної допомоги у кардіології	137
2.2. Опитування за анкетами, щодо впливу стресу в залежності від вираженої стресостійкості	149
2.2.1. Дослідження шляхом анкетування № 1	149
2.2.2. Дослідження шляхом анкетування № 2	155
2.2.3. Дослідження шляхом анкетування № 3	157
2.2.4. Дослідження шляхом анкетування № 4	160
2.2.5. Підсумкові висновки по анкетуванню (анкети 1–4)	162
2.3. Висновки	164
Список використаних джерел	165
ДОДАТОК 3. Анкети 1–4	169
ДОДАТОК 4. Національна програма медико-психологічної реабілітації населення України від дистресових наслідків (психічних та постстресових порушень/розладів) війни в Україні (відновлення психічного здоров'я нації)	179
1. Склад робочої групи з розробки програми реабілітації та відновлення психічного здоров'я	179
2. Вступ	180

3. Психотравмуючі чинники	181
4. Психічні та психосоматичні порушення, безпосередньо пов'язані зі стресом	183
5. Принципи та етапи реабілітації	193
6. Опитувальник статусу посттравматичного зростання	199
7. Дослідження зв'язку між індексною травмою та групами симптомів посттравматичного стресового розладу та станом фізичного здоров'я серед осіб із посттравматичним стресовим розладом у популяційній вибірці	205
7.1. Анотація	205
7.2. Епідеміологічне обстеження військової травми та її наслідків серед населення	207
7.3. Вивчення наслідків мультидисциплінарного втручання серед жертв катувань і війни в Косово	208
7.4. Психологічні втручання при гострому стресовому розладі або ПТСР	209
7.5. Психосоматична реабілітація: оглядовий реферат	211
7.6. Психологічні наслідки гібридної війни для громадянського населення України у Слов'янську та Миколаївці	213
7.7. Психологічні втручання для лікування посттравматичного стресового розладу	214
7.8. Дослідження психологічних наслідків травми Другої світової війни	216
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ	218

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	артеріальна гіпертензія
АК	антикоагулянтна терапія
АТ	артеріальний тиск
ВМК	внутрішньомозковий крововилив
ГІМ	гострий інфаркт міокарда
ГМІ	геморагічний мозковий інсульт
ГПМК	гостре порушення мозкового кровообігу
ГРДС	гострий респіраторний дистрес-синдром
ГХ	гіпертонічна хвороба
ВВП	валовий внутрішній продукт
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПП	Всесвітня продовольча програма
ВРС	варіабельність ритму серця
ДІПХ	деякі інфекційні та паразитарні хвороби
ДКМП	дилатаційна кардіоміопатія
ЗСЖ	здоровий спосіб життя
ЄБ	Європейське бюро
ЄР	Європейський регіон
ІМ	інфаркт міокарда
ІМТ	індекс маси тіла
ІХ	інфекційні хвороби
ІХС	ішемічна хвороба серця
КБТ	когнітивно-біхевіоральна терапія
КЕ	кардіоеMBOLічний інсульт
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
МС	метаболічний синдром
НЗС	некоронарогенні захворювання серця
НІЗ	неінфекційні захворювання
ОЗ	охорона здоров'я
ОТЖ	очікувана тривалість життя
ПМД	первинна медична допомога

ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РА	розлад адаптації
САК	субарахноїдальний крововилив
ССЗ	серцево-судинні захворювання
ССР	соціально-стресові розлади
ТБ	туберкульоз
ТЖ	тривалість життя
ТДС	тривожно-депресивний синдром
ТІА	транзиторна ішемічна атака
УБД	учасник бойових дій
ФП	фібриляція передсердь
ФР	фактори ризику
ФС	функціональний стан
ХААК	хвороби артерій, артеріол та капілярів
ХОД	хвороби органів дихання
ХОЗЛ	хронічні обструктивні захворювання легень
ХОТ	хвороби органів травлення
ХСК	хвороби системи кровообігу
ХРХС	хронічні ревматичні хвороби серця
ЦВХ	цереброваскулярні хвороби
ЦВП	цереброваскулярна патологія
ЦД	цукровий діабет
ЦНС	центральна нервова система
ЧСС	частота серцевих скорочень

РОЗДІЛ 1

СТАН ЗДОРОВ'Я НАРОДУ УКРАЇНИ

1.1. Неінфекційні захворювання та пандемія COVID-19

Сьогодні перед людством стоїть низка проблему сфері охорони здоров'я: спалахи хвороб, боротися з якими допомагає вакцинація, зростання кількості стійких до ліків патогенів; стрімке поширення ожиріння і низької фізичної активності; наслідків забруднення довкілля і зміни клімату для здоров'я населення, а також багаточисельні гуманітарні катастрофи.

Особливу увагу ООН і ВООЗ звертають на профілактику і боротьбу з неінфекційними захворюваннями (НІЗ), досягнутими на глобальному і національному рівнях у забезпечені заходів захисту людей від передчасної смерті, спричиненої серцевими, легеневиими, онкологічними хворобами, діабетом і психічними розладами.

Згідно з прогнозами United nations Development programme, через пандемію COVID-19 уперше за останні 30 років розпочалася деградація глобального людського потенціалу – сукупного показника здоров'я, освіти і доходу. Вагому роль у цьому зіграли, крім коронавірусу, й неінфекційні захворювання, найважливіші з-поміж яких хвороби системи кровообігу (ХСК). З останніми ситуація стала тривожною ще до пандемії COVID-19. Коронавірус, звісно ж, ускладнив становище: визнається, що сьогодні панує не просто пандемія COVID-19, а синдемія, тобто одночасне поширення інфекційної патології та неінфекційних захворювань.

ВООЗ оприлюднила дані щодо взаємозв'язку COVID-19 і НІЗ:

- пандемія ускладнила діагностику, лікування, реабілітацію та надання паліативної допомоги людям, що страждають на НІЗ;

- НІЗ та їх фактори ризику (метаболічні, поведінкові та екологічні) пов'язані з вищою чутливістю до коронавірусу, вищим ризиком тяжкого перебігу захворювання і смерті;

- пандемія та протиепідемічні заходи, передусім самоізоляція, посилили вплив на людей таких поведінкових факторів як: низький рівень фізичної активності, нездорове харчування, шкідливе вживання алкоголю;

- є висока ймовірність зростання навантаження на служби охорони здоров'я після відновлення їхньої роботи в «допандемічному» обсязі через появу серцево-судинних і респіраторних ускладнень у осіб, які перехворіли на COVID-19;

- фокусування уваги і концентрація фінансових та людських ресурсів на пандемії ускладнили профілактику усіх НІЗ, і на-самперед – серцево-судинні захворювання (ССЗ).

За останній час в системі охорони громадського здоров'я є суттєві успіхи, а також прогрес на шляху досягнення глобальних цілей розвитку, але пандемія COVID-19, яка забирає тисячі життів, порушує звичний побут людей, може значно нашкодити.

Згідно новим оцінкам ВООЗ, кількість смертей, прямо чи опосередковано пов'язаних з пандемією COVID-19 (надлишкова смертність), з 1 січня 2020 р. по 1 січня 2022 р. склала приблизно 14,9 млн (від 13,3 млн до 16,6 млн). Під терміном «надлишкова смертність» мається на увазі різниця між числом смертей, зареєстрованих у світі в 2020–2021 роках, і числом летальних випадків, які можна було би очікувати, якби пандемії не було.

При цьому 84% надлишкових смертей за час, коли корона-вірус був найбільш активний, припадає на країни Південно-Східної Азії, Європи і Америки. Найбільше число смертей зареєстровано у 10 країнах. Частіше від коронавірусу і його наслідків вмирали чоловіки (57% смертей); 43% летальних випадків зареєстровано серед жінок.

За даними ВООЗ, від початку пандемії у світі виявлено 512 607 587 випадків інфікування коронавірусом. Більше всього людей заразились COVID-19 у США – майже 81 млн осіб. Далі Індія

(більше 43 млн) і Бразилія (більше 30 млн хворих). Смертей також найбільше у США – від коронавірусу і ускладнень, ним спровокованих, там загинуло майже мільйон осіб.

Станом на середину травня 2022 р., у Європейському регіоні ВООЗ зафіксовано більше 2 млн випадків смерті від наслідків ураження коронавірусною інфекцією; кількість заражень досягла 218 млн.

Після нового підйому у першій половині березня, пандемія коронавірусу у Європі пішла на спад, а за першу половину травня кількість захворілих і померлих знизилась на 26% і 24% відповідно. Поряд з цим в усіх країнах Європи продовжується поступове зняття антикоронавірусних обмежень. Світ повертається до життя без ковіду.

На сьогодні тривалість життя і рівень здоров'я населення різних країн світу зросли. На жаль, темпи приросту недостатні для досягнення Цілей в області стійкого розвитку, а COVID-19 приведе до ще більшого їх уповільнення. Пандемія висвітила гостру необхідність спрямувати фінансування в країнах на зміцнення систем охорони здоров'я і первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), які найкраще справляються із спалахами хвороб, таких як COVID-19, і багатьма іншими загрозами для здоров'я, з якими люди зустрічаються щоденно. Система охорони здоров'я (ОЗ) і безпека в ній – це різні сторони одного цілого.

У доповіді ВООЗ «Світова статистика охорони здоров'я» за 2020 рік, для характеристики результатів дослідження, застосували ряд основних показників здоров'я населення і стану системи ОЗ різних країн світу. Відмічається зростання показників очікуваної тривалості життя (ТЖ) і очікуваної тривалості здорового життя, але воно нерівномірне. Найбільший приріст зафіксований в країнах з низьким рівнем доходу, де підвищення очікуваної ТЖ за період з 2000 по 2016 р. склало 21%, або 11 років (у порівнянні з приростом в 4%, або 3 роки, в країнах з вищим рівнем доходу). Це пояснюється тим, що в країнах з низьким рівнем доходу зросла доступність послуг в області профілактики і лікування ВІЛ, малярії і туберкульозу, а також низки забутих тропічних хвороб, як дракункульоз. Іншою складовою успіху стала більш висока якість акушерської і педіатричної допомоги, у зв'язку з чим показник дитячої смертності знизився удвічі за період з 2000 по 2018 р.

Разом з тим, по деяких напрямках відмічене уповільнення прогресу. За роки, що минули, зафіксований мінімальний приріст показника охоплення населення щепленнями. Крім того, послуги, які надаються в системах ОЗ, а також за їх межами, з профілактики і лікування неінфекційних захворювань (онкології, діабету, інсульту, хвороб серця і легень), в цілому мають недостатній об'єм. У 2016 р. **71%** усіх випадків смерті у світі були пов'язані з НІЗ, а більша їх частина (**85%**) із 15 мільйонів, були *передчасними*. Це переважно стосується країн з низьким і середнім рівнем доходу.

Це нерівномірне досягнення прогресу наглядно демонструє нерівність у доступі до якісних послуг в системі ОЗ. У 2017 р. основними послугами охорони здоров'я було охоплено від третини до половини населення світу: в країнах з низьким і середнім рівнем доходу охоплення нижче, ніж в країнах з більшими статками, так само, як і кількість медико-санітарних працівників на душу населення. На сьогодні, більше ніж в **40%** країн на 10 000 населення припадає менше **10** лікарів; у **55%** країн припадає менше **40** працівників сестринської і акушерської служби.

Крім того, багато людей не можуть оплатити послуги ОЗ. За оцінками ВООЗ, при поточному розвитку подій, у 2022 р. близько одного мільярда людей (**13%** населення земної кулі) витратять на послуги ОЗ не менше **10%** бюджету своїх домогосподарств. Більшість з них проживають в країнах з рівнем доходу нижче середнього.

Пандемія COVID-19 продемонструвала актуальність захисту населення від надзвичайних ситуацій в системі ОЗ. За оцінками ВООЗ, у 2017 р. більше половини (**55%**) населення земної кулі не мали доступу до послуг санітарії і майже третина (**29%**) – до систем постачання питною водою з належною системою безпеки; у двох із п'яти домогосподарств світу (**40%**) люди не мають у своїх помешканнях пристроїв для миття рук з миючим засобом.

Особлива увага у доповіді звернута на необхідність зміцнення систем обробки і аналізу даних, а також медичних інформаційних систем. В країнах с низьким рівнем доходу обмежені можливості для своєчасного отримання статистичних даних, потрібних для проведення порівняльного аналізу при вивченні тенденцій в системі ОЗ, розробки відповідних політичних рішень, розподілу

ресурсів і пріоритетності заходів. У 20% випадків половина основних показників, які характеризують ситуацію в різних країнах світу, не підкріплені актуальними первинними даними, що стає перешкодою на шляху зміцнення потенціалу країн для підготовки, профілактики і реагування на надзвичайні ситуації в системі ОЗ, такі як пандемія COVID-19. У зв'язку з цим, ВООЗ сприяє країнам у визначенні поточного стану справ і проведення в життя змін. Для цього проводиться робота з підсилення епіднагляду і систем обробки і аналізу даних, а також медичних інформаційних систем.

Ця доповідь засвідчує: сьогодні, коли сили всього світу кинуті на боротьбу з найбільшою за століття пандемією, коли залишається лише 10 років до терміну, встановленого для реалізації Цілей Сталого Розвитку, усім необхідно разом працювати над зміцненням первинної ланки ПМСД і допомоги найбільш вразливим людям, щоб викоринити різючу нерівність у можливості прожити довге і здорове життя.

Неінфекційні захворювання, такі як діабет, рак і хвороби серця, у сукупності є причиною більше 70% усіх випадків смерті у світі (41 мільйон). Ця цифра включає в себе 15 мільйонів випадків передчасної смерті у віці від 30 до 69 років. У структурі смертності від НІЗ найбільша частка припадає на хвороби системи кровообігу, від яких щорічно помирає 17,9 мільйонів осіб. На другому місці онкологія (9 млн випадків), респіраторні хвороби (3,9 млн) і діабет (1,6 млн). На ці 4 групи припадає 80% усіх смертей від НІЗ.

Більше 85% з цих передчасних смертей припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходів. Ріст поширеності таких хвороб викликаний п'ятьма основними факторами ризику: тютюноваління, недостатньою фізичною активністю, надмірним споживанням алкоголю, нездоровим харчуванням і забрудненням повітря. ВООЗ вважає необхідним допомагати урядам країн в досягненні глобальної мети у підвищенні рівня фізичної активності до 2030 р. на 15%, в тому числі за рахунок впровадження рекомендованих заходів «ACTIVE», спрямованих на підвищення щоденного фізичного навантаження.

Вказані вище фактори ризику спричиняють порушення психічного здоров'я, які можуть розвиватися з раннього віку: половина

усіх психічних захворювань проявляється вже до 14 років, але в більшості випадків вони не діагностуються і не лікуються. Так, третьою причиною смертності серед молоді у віці 15–19 років є самогубство. Згідно з розрахунками ВООЗ, близько 80% хвороб серця, інсультів, цукрового діабету, психічних розладів, а також 40% випадків раку можна було би запобігти, усунувши основні фактори.

Для боротьби з епідемією НІЗ необхідна політична воля на високому рівні і миттєва активізація діяльності. Уряди країн, середнього і низького рівня доходів, закликають світових лідерів «подвоїти зусилля» на шляху зменшення на *третину до 2030 р. передчасної смертності від НІЗ*, а також підтримки психічного здоров'я і благополуччя. «Підтримка і покращання якості життя людей сприяє зміцненню людської гідності, необхідної для прогресу з точки зору економічного зростання, соціальної справедливості і співіснування людей, – заявив Генеральний директор ВООЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус. – Здоров'я необхідне для миру і демократії. Мова йде не про великі витрати, а про грамотні інвестиції».

Доповідь Комісії високого рівня ВООЗ містить 6 рекомендацій:

1. Очільники держав і урядів повинні взяти на себе відповідальність за розпорядок дня у сфері НІЗ, а не покласти її лише на міністрів охорони здоров'я, так як для виконання цього розпорядку дня необхідна співпраця і взаємодія багаточисельних секторів.

2. Визначити конкретний набір пріоритетних завдань стосовно НІЗ і психічного здоров'я, враховуючи потреби громадського здоров'я, і запроваджуючи заходи для їх виконання.

3. Переорієнтувати системи охорони здоров'я країн для включення в їх політику і плани загального охоплення послугами профілактику НІЗ і боротьбу з ними, а також охорону психічного здоров'я.

4. Підвищити ефективність регулювання і налагодити належну взаємодію з приватним сектором, науковим співтовариством, громадянським суспільством і місцевими спільнотами.

5. Міжнародне співтовариство повинно розробити нову економічну концепцію для фінансування дій по НІЗ і психічному здоров'ю.

6. Підсилити звітність перед своїми громадянами за дії стосовно НІЗ і психічному здоров'ю і спростити існуючі міжнародні механізми.

ЄБ ВООЗ проводять цілеспрямовану роботу на шляху боротьби з НІЗ: постійний моніторинг за зменшенням дії факторів ризику на їх розвиток, що дозволило досягти значного прогресу. Практично в усіх країнах європейського регіону (ЄР), по яких є достовірні дані, з середини 2000-х рр. спостерігається зниження рівня передчасної смертності.



Джерело: Інститут метрики та оцінювання в системі охорони здоров'я, індекс глобального тягара хвороб, проєкт емпіричних досліджень Our World in Data

В В С

Рис. 1.1. Основні причини смерті у світі (дані за 2016 рік)

Смертність від 4-х основних видів НІЗ серед осіб у віці від 30 до 69 років у 2014 г. склала 16,9% (11,8% серед жінок і 22,4% – чоловіків), у порівнянні з піком 24,2% у 1994 р. (17,0% – жінок і 31,9% – чоловіків). Протягом цих 20 років найбільше зниження було після 2005 р. (щорічні темпи 2,4%). З 2010 по 2014 рр. передчасна смертність від основних НІЗ скоротилась на 6,3%. Якщо лінійні тенденції продовжаться, то регіон перевищить цільовий показник зниження смертності, запланований на рівні 30% до 2030 р. Тому пропонується його корекція до 45% за період 2010–2030 роки – в рамках активізації зусиль усіх країн ЄР (рис. 1.1).

Велике значення мають інвестиції у більш ефективне ведення НІЗ: виявлення, скринінг і лікування та надання доступу до паліативної допомоги усім, хто її потребує. Високоєфективні основні заходи стосовно НІЗ можуть впроваджуватися на базі ПМСД, що дозволить досягти раннього виявлення і своєчасного лікування. При умові вчасного проведення таких заходів значно знизиться потреба у дороговартісному лікуванні. Країни з недостатнім охопленням медичним обслуговуванням не зможуть досягти таких результатів. За рахунок інноваційних і ефективних заходів політики, держави-члени ЄР ВООЗ добились суттєвого прогресу у реалізації Плану дій Європейської стратегії профілактики НІЗ і боротьби с ними.

Головною метою держави в галузі охорони здоров'я є забезпечення умов для досягнення максимальних термінів природної тривалості життя, високої якості духовного і фізичного здоров'я, ефективної репродукції здорової нації та захисту громадян і довкілля шляхом створення всебічної законодавчої та нормативно-правової бази. Крім того, суспільство створює належні умови безпеки своїх громадян і навколишнього середовища завдяки розробці та впровадженню норм біоетики, що базуються на історичних традиціях, моральних і релігійних переконаннях, рішеннях міжнародних конвенцій.

1.2. Посидання серцево-судинної патології з психічними розладами

Найбільш пріоритетним завданням є профілактика серцево-судинних захворювань, оскільки 2/3 факторів ризику ХСК обумовлені способом життя, серед яких до психосоціальних відносять різноманітні стресогенні події у повсякденному житті, хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість сімейних стосунків тощо. З іншого боку, дані епідеміології свідчать про зростання поширеності ХСК, не дивлячись на значні зусилля. Невідповідність між реалізованими зусиллями та отриманими результатами змушує думати про багатовимірний простір факторів ризику, *середовищем для прояву яких є психосоціальна сфера людини.*

За даними американських дослідників у США до 90% дорослого населення періодично знаходиться в стані стресу, з них 60% відчуває дію стресових чинників 1–2 рази на тиждень, а 30% – кожного дня. При цьому в 2/3 випадків звернення до лікаря обумовлено захворюваннями і станами, в основі розвитку яких лежить дія стресових факторів.

За оцінками європейських дослідників, до 70% захворювань прямо чи опосередковано можна пов'язати із дією стресу. В Європі щорічно більше мільйона людей помирає від стресогенних порушень функції серцево-судинної системи, що призводять до розвитку гіпертензивних кризів, інфарктів міокарда та інсультів.

Серцево-судинна патологія часто поєднується з психічними розладами тривожно-депресивного спектру. Дослідження психічної сфери мають значення для розуміння соматичної симптоматики та поведінкових факторів, що можуть впливати на прихильність до лікування, здорового способу життя, реабілітаційних програм і профілактики стрес-асоційованих розладів. Проблема актуальна, як для оцінки стану здоров'я населення в цілому, так і в зв'язку з погіршенням психічного здоров'я через кризовий стан.

1. На психічні, неврологічні і наркологічні розлади припадає 10% спільного тягаря хвороб і 30%, які безпечні для життя.

2. У світі з п'яти дітей або підлітків одна особа страждає порушеннями психічного здоров'я.

3. На депресію хворіє 264 млн осіб, що визначає її як одну з основних причин втрати працездатності у світі.

4. Близько половини усіх розладів психічного здоров'я починає розвиватися у віці до 14 років.

5. Щорічно майже 800 000 осіб здійснюють самогубства; кожні 40 секунд в результаті самогубства помирає одна людина. Самогубство є другою основною причиною смерті серед осіб у віці 15–25 років.

6. Кожний дев'ятий житель районів, де відбуваються збройні конфлікти, страждають помірними або тяжкими психічними розладами.

7. Тривалість життя людей з тяжкими психічними розладами на 10–20 років менша, ніж в середньому по населенню.

8. Чисельність робітників служб охорони психічного здоров'я коливається у межах від менше 2 на 100 000 осіб в країнах з

низьким рівнем доходів до більше 70 на 100 000 осіб в країнах з високим рівнем доходу.

9. Менше ніж у половини із 139 країн, які мають політику і плани стосовно охорони психічного здоров'я, ці заходи відповідають положенням конвенцій про захист прав людини.

10. Втрати, які світовій економіці наносить зниження продуктивності праці, спричиненої депресією і тривожними розладами, складає близько 1 трлн доларів США у рік.

Саме тому виникає потреба в оптимізації кардіологічної допомоги, що передбачатиме *ранню діагностику біопсихосоціальних чинників впливу та порушень психічного здоров'я*, як фактору ризику розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу, на всіх рівнях надання медичної допомоги, особливо ПМСД.

В Україні, на сьогоднішній день, існує близько двох десятків найбільш актуальних загроз, які вкрай несприятливо впливають на стан здоров'я населення різних вікових груп, як чоловіків, так і жінок. Ці загрози значно підвищують ймовірність виникнення різноманітних психічних порушень, на що останнім часом особливу увагу звертає ВООЗ, вказуючи на проблему коморбідності між психічними розладами і основними неінфекційними захворюваннями.

Зв'язок між ними достовірно встановлений, але у клінічній практиці нерідко не надають достатньої уваги психічним розладам у пацієнтів з НІЗ, так само як і неінфекційним хворобам з порушеннями психіки.

Особливої уваги потребують люди працездатного віку із психічними розладами, такими як депресія і тривога, адже одночасно вони можуть страждати на серцево-судинні захворювання, рак, хронічні хвороби органів дихання, цукровий діабет тощо. Увага до проблем коморбідності сприятиме скороченню передчасної смертності та інвалідизації.

Проблемі запобігання самовбивств був присвячений Всесвітній день психічного здоров'я у 2019 р., який завжди відмічається 10 жовтня. Принагідно, у країнах Регіону пройшли заходи, покликані привернути увагу до масштабу цієї проблеми на світовому рівні. В цей день також закінчилась кампанія по запобіганню самовбивств під назвою «40 секунд дії».

«Запобігти самовбивству – можливо, і вам є куди звернутися за допомогою!» – саме так звучала основна ідея діяльності офісів

країн ВООЗ, яка включала публікації в соціальних мережах і проведення «круглих столів» в країнах – від Болгарії і України до Туреччини і Республіки Молдова.

Зокрема, вказано, що для України важливою є проблема виявлення ознак психічного розладу на ранніх стадіях. За даними ВООЗ, в Україні щорічно від самовбивств помирає до 7 тисяч осіб. Крім того, спостерігається колосальний гендерний дисбаланс: 80% самовбивств в країні скоюють чоловіки. У багатьох випадках лікарі і працівники охорони здоров'я на рівні ПМСД, не звертають уваги на явні ознаки схильності до суїциду у пацієнтів, наприклад пригнічений стан, тощо.

З метою підтримки лікарів загальної практики – сімейної медицини, які не є спеціалістами у питаннях психічного здоров'я, ВООЗ провела в Україні серію учбових семінарів. Вони були присвячені використанню методичного посібника Програми ВООЗ з охорони психічного здоров'я (mhGAP) – інструмента прийняття медичних рішень, який допоможе працівникам ПМСД виявляти і лікувати порушення психічного здоров'я, такі як депресія, тривожні розлади і схильність до самовбивств.

Партнери ВООЗ по охороні здоров'я також провели низку невеликих інформаційно-роз'яснювальних заходів на теми: депресія і післяпологова депресія, причини, запобігання самовбивстві ведення відповідних пацієнтів, способи успішно знімати напругу шляхом психологічних консультацій з використанням музики і кольорових малюнків. У кінці кожного такого заходу проводилася сесія зворотного зв'язку: «мозковий штурм», питання і відповіді, консультації і надання психологічної підтримки.

1.2.1. Стрес-асоційована патологія серцево-судинної системи в умовах військових дій та збройних конфліктів

Проблеми здоров'я особливо актуальні в умовах збройного конфлікту, негативні наслідки якого щоденно зростають не тільки в учасників військових дій та постраждалого цивільного населення, але і в усіх громадян України, що потребує невідкладних заходів на державному рівні та щоденних професійних дій медичних працівників у наданні допомоги на покращання соматичного і психічного благополуччя для продовження середньої тривалості якісного життя.

ВООЗ висловила глибоке занепокоєння ситуацією, яка склалася в Україні у 2014–2021 рр., назвавши її **гуманітарною кризою**. Постраждалими визнано 4,4 млн осіб, а 1,6 млн стали переселенцями. З них більше 3 млн потребували гуманітарної допомоги. Через кілька років після початку конфлікту, ресурси ОЗ у постраждалих районах виснажені, а гуманітарне фінансування стрімко скорочується. Заклади ОЗ потерпають від тяжких артобстрілів, а медичні працівники бояться, що їх вб'ють або їм прийдеться покинути свою країну. Мільйони українців втрачають здоров'я через обмежений доступ до медичних закладів, послуг і лікарських засобів для лікування гострих і хронічних патологічних станів, а також через недофінансування гуманітарних медико-санітарних втручань.

За даними ВООЗ, у кожній п'ятій людини в зоні конфлікту розвиваються значні порушення психічного здоров'я. Більше 16 000 жителів України з порушеннями психічного здоров'я від помірного до важкого ступеня мають проблеми з нестачею життєво необхідних ліків.

З 2014 р. ВООЗ очолювала і координувала дії сектора охорони здоров'я гуманітарного спрямування. Місія працює з місцевими і міжнародними партнерами, допомагає забезпечити ПМСД необхідними і вкрай важливими лікарськими засобами з обох боків лінії зіткнення. Вона сприяє доступу до невідкладної і, при необхідності, спеціалізованої допомоги, надає автотранспорт швидкої медичної допомоги і медикаментів, у тому числі вакцин і препаратів для боротьби з туберкульозом, цукровим діабетом, ВІЛ-інфекцією і онкологічними хворобами. ВООЗ є однією з небагатьох організацій, яка мала доступ до усіх районів по обидва боки лінії зіткнення.

Програма ВООЗ з надзвичайних ситуацій у системі охорони здоров'я (НСОЗ) проводилася на базі національного бюро ВООЗ у Києві і трьох польових офісах у Донецьку, Луганську і Слав'янську. У 2017–2018 рр. ВООЗ і її партнери допомогли 2,5 млн осіб на сході України, надавши медичні розхідні матеріали. Поряд з психологічною і психосоціальною підтримкою, надали допомогу майбутнім матерям. Робота їх спрямована на перспективу, включає ініціативи по ліквідації наслідків і допомагає стійкому розвитку.

З початку кризи майже 160 медичних закладів зазнали нападу, а 130 функціонували не в повному обсязі. Зберігається загроза більш

широкомасштабних наслідків для здоров'я, так як під обстрілом знаходяться і водоочисні споруди; лікування випадків ТБ неадекватне. Служби ОЗ не справляються, тому в Україні зафіксовано один із найнижчих показників охоплення щепленням у Європі.

Міжнародна фінансова допомога була недостатньою, що примусило ВООЗ призупинити або обмежити роботу ключових програм. Через відсутність фінансування спостерігалася гостра нестача кваліфікованих медичних працівників, розхідних матеріалів і обладнання, що обмежувало доступ до медичного обслуговування, зокрема, в районах, розташованих поблизу лінії зіткнення. Сотні закладів ОЗ повідомили про недостатні запаси розхідних матеріалів і ліків.

Криза загрожує не лише українцям, але й усім європейцям, тому що низькі показники охоплення щепленням і незадовільний епідагляд за інфекційними хворобами створюють ризик поширення тяжких захворювань. Існує вірогідність спалаху холери на окупованих територіях, де пошкоджена або знищена інфраструктура водопостачання і каналізації; тому потрібно з випередженням створювати запаси вакцини проти холери.

Інші напрямки, які вимагають негайної уваги, включають:

- епідагляд за інфекційними захворюваннями;
- доступ до медикаментозного лікування онкологічних хворих;
- доступ до послуг з охорони психічного здоров'я і реабілітації.

У звіті ООН з гуманітарних питань зазначено, що і до пандемії коронавірусу 1,5 мільйона людей на підконтрольних Україні територіях на сході потребували допомоги і захисту. При цьому третина з них – це літні люди. Щоденні обстріли, міни, що не вибухнули, зруйнована інфраструктура, нестача води, віддаленість від лікарень робили життя цих людей нестерпним.

Через кризу, викликану COVID-19, ситуація ще погіршилася, як зазначено у Дитячому фонді ООН (ЮНІСЕФ). У країнах з і так слабкою системою ОЗ коронавірус призводить до перебоїв медичних поставок, до виснаження фінансових ресурсів. Люди менше відвідують лікарні через самоізоляцію і перебої у роботі транспорту. За прогнозами організації, через ситуацію з COVID-19 понад 6 млн українців можуть опинитись за межею бідності, з них 1,4 млн – це діти. У багатьох людей депресія, зростає домашнє насильство, алкоголізм – бо війна, стрес, карантин і безробіття.

Війна різнопланово впливає на психіку та поведінку особистості військовослужбовця. Для окремих її учасників є своєрідним «моментом істини», «головною подією життя», осягненням сенсу свого буття. Людина дуже вразлива перед потужними стрес-факторами війни як небезпека, загибель товаришів, поранення, інвалідність, участь у насильстві, знищення противника, новизна, несподівані зміни подій, найвища відповідальність, біль та інше, що є головними хронічними, перманентно-стресовими наслідками. Змушена діяти всупереч своїй природі, наперекір інстинктам самозбереження, ігноруючи потреби власного організму, в ім'я надособистісних, соціальних цілей та інтересів, особливо в умовах бойового зіткнення з ворогом однакової культури, релігії, мови.

З часів Корейської, В'єтнамської та Афганської війн, особливо, після військових зіткнень на території Чеченської Республіки стало зрозуміло, що для значної частини військовослужбовців війна не закінчується з поверненням до мирного життя. Симптоми бойового стресу переходять у так звані «посттравматичні стресові розлади» (ПТСР), які можуть тривати десятиліттями, а в ряді випадків стають незворотними. Вони є наслідком того, що в умовах локальних військових конфліктів (після Другої світової війни більшість їх кваліфікуються як локальні) у їх учасників формуються розлади психіки, які можуть протікати як на донозологічному рівні, так і у формі психічного захворювання, складаючи сутність бойової психічної травми та її наслідків. Ці прояви набувають широкого поширення тоді, коли в суспільстві відсутнє розуміння необхідності даного збройного конфлікту та його справедливості, коли сам хід військових дій розходиться з прийняттям його учасників про моральну допустимість вжитих операцій або коли суспільство виявляється байдужим до їх результатів і долі їхніх учасників.

Поняття ПТСР включає сукупність психічних порушень, що виникають після травматичної дії факторів зовнішнього середовища. Основними фізіологічними проявами ПТСР є стійке збільшення частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, м'язовий тремор, підвищена чутливість до зовнішніх подразників, що нагадують про перенесену травму

Відомо, що психогенні розлади не мають тенденції до зникнення. Навпаки, з часом у більшій частині випадків вони

посилюються. Очікування того, що пройдуть роки, і все забудеться, не виправдовується. Ці синдроми йдуть по наростаючій і вимагають постійної корекції, незалежно від змін у суспільстві, соціального статусу воїна, особливо це проявиться в нашій державі тому, що бойові дії ведуться з противником, який має той самий генний код, мову, спільні традиції й культуру та релігію.

Військові дії, починаючи з 2014 р., в Україні можуть мати ще більш вражаючі негативні наслідки для здоров'я постраждалих та суспільства, оскільки значна частина учасників були непрофесійними військовослужбовцями із непідготовленою до втрат стресостійкістю в умовах війни. Збройний конфлікт вже протягом тривалого часу став позиційним із неоднозначним прогнозом вирішення, інформаційна протидія вкрай незадовільна, що все більше ускладнює соціально-економічну і суспільно-політичну ситуацію, яка посилює хронічний стрес у абсолютної більшості громадян, а відповідно психосоматичні порушення.

Згідно зі загальноновизнаними міжнародними дослідженнями військових конфліктів, 90–95% учасників бойових дій у майбутньому мають медичні (пов'язані з нервовою системою) і соціальні проблеми, а у третини посттравматичний синдром, результатом якого нерідко бувають самогубства. За американською статистикою (в опитуванні взяло участь 100000 ветеранів новітніх воєн) 30% мають психіатричні чи психічні розлади, з них 10–12% – посттравматичний стресовий розлад.

Державна служба України у справах ветеранів війни повідомляє, що практично усі, хто отримав статус учасника бойових дій, потребують тривалої реабілітації та висококваліфікованої психологічної допомоги, адже неотримання її призводить до катастрофічних наслідків – психічних захворювань, вчинення злочинів на фоні ПТСР.

Основним критерієм ПТСР є тривалість симптомів більше 1 місяця: гострий розлад триває від 1 до 3 місяців; хронічний – більше трьох. Як правило, клінічні прояви ПТСР є більш тяжкими і мають більшу тривалість в разі антропогенних причин розвитку ПТСР (наприклад, війни).

За даними наукових досліджень, психічні розлади частіше зустрічаються серед людей з низьким соціально-економічним статусом, який в значній мірі пов'язаний з психічним здоров'ям. Між психічним

здоров'ям та соціально-економічним розвитком існує достовірна кореляція, чим не можна зневажати при проведенні соціально-економічного та медичного планування чи реформування. Неможливо отримати позитивний результат та перспективний розвиток економічної політики в державі без розуміння важливості питань охорони психічного здоров'я населення.

Сьогодні в Україні, за офіційними даними, декілька мільйонів внутрішніх переселенців, з яких більшість шукають можливостей проживання за межами країни. Доведено, що у таких людей і психічні і соматичні розлади зустрічаються частіше у порівнянні з основною популяцією. Типовими проблемами в даному випадку стають порушення прав людини, низький рівень соціальної підтримки, тривала або постійна дискримінація, розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад, депресія та ризик підвищення частоти інших захворювань.

За даними низки наукових досліджень, достовірно більша частота суїцидальних думок та самоушкоджень серед переміщених осіб, а також високий рівень булімії та нервової анорексії.

Під час війни, й особливо по її завершенні, кількість людей, що втрачає сенс життя, – значно зростає, а тому як наслідок – депресії і самогубства. Потенційні наслідки ПТСР:

- Соціальні та персональні проблеми (важкі взаємовідносини з іншими людьми, низька самооцінка, зловживання алкоголем і наркотиками, проблеми з працевлаштуванням, законом, ізоляція, безпритульність).

- Деструктивна/небезпечна поведінка (суїцидальні наміри, схильність до безрозсудних вчинків, інтоксикація наркотичними і токсичними речовинами, схильність до насилля над собою і оточуючими).

Після повернення з війни ветеран втрачає три основні речі: самоідентифікацію, мету, коло спілкування. Згідно з одним, із небагатьох, проведених в Україні досліджень, 95,2% бійців з вибірки заявили, що не отримали достатньої психологічної підтримки та підготовки у військовій частині. Серед тих, хто отримав травми або поранення, відсоток ще більший. Надзвичайно важливими є заходи превенції та профілактики. Щоб протистояти наслідкам війни, необхідний обмін досвідом з країнами-членами НАТО по запобіганню, лікуванню та збору статистики випадків

самогубств серед ветеранів, у яких в зоні психотравматичної події працюють мультидисциплінарні команди з числа соціальних працівників, реабілітологів, психотерапевтів чи психіатрів, а також у команду може входити невролог, фахівець із сенсорики, логопед та інші фахівці.

Для вивчення чинників впливу (спадкових, соціально-економічних, умов праці, сімейного статусу та психічного здоров'я) на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення внаслідок тривалого збройного конфлікту у постраждалих внаслідок бойових дій, як військовослужбовців, так і мирних громадян, було проведено декілька досліджень: в клініці ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України та на етапі ПМСД у м. Буча Київської області. Отримані результати дали можливість зробити наступні висновки:

1. Психоневрологічні розлади є другими за значимістю після серцево-судинних захворювань та складають 12% усіх захворювань.

2. До 2020 року можна очікувати 15% років життя, втрачених внаслідок інвалідності від психоневрологічних розладів.

3. Психосоціальний дистрес та асоційовані з ним тривога та депресія визнані незалежними факторами ризику хвороб системи кровообігу.

4. Світовий показник психогенних порушень внаслідок локального військового конфлікту становить 10–25%.

5. Посттравматичний стресовий розлад становить 10–50% усіх медичних наслідків бойових подій.

6. Фактори стресу воєнного часу мають нерівнозначний за вираженістю та наслідками вплив на показники здоров'я, морально-психологічний стан військових та цивільного населення.

7. Психоемоційні стрес-фактори мають більш виражений вплив, ніж фізичні стресори, що потребує розробки та реалізації комплексної програми протидії стресу, вироблення стресостійкості та пост-стресорної реабілітації.

8. Особливої уваги потребують питання своєчасного проведення реабілітаційних та ре-адаптаційних заходів для ветеранів, учасників бойових дій, серед яких такі, що отримали контузії.

9. Своєчасне проведення комплексу заходів медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій дозволить відновити психофізичний стан військовослужбовців та сприятиме підвищен-

ню боєздатності підрозділів на основі посттравматичного зростання особового складу.

10. Перехід до мирного життя є додатковим психотравмуючим фактором, який потребує створення умов для полегшення ре-соціалізації.

11. Вирішення медико-соціальних та соціально-психологічних проблем ветеранів війни потребує створення системи реабілітаційної допомоги на основі мультидисциплінарного підходу, з метою комплексності лікувально-корегуючого впливу, максимально до них наближеної.

12. Впровадження комплексних заходів і програм реабілітаційної допомоги та соціального захисту військовослужбовців, постраждалих та родин загиблих виступає фактором стабільності суспільства.

13. Наслідки військового конфлікту в Україні, прогностично ускладнені порушеннями психічного здоров'я через участь в бойових діях суспільно зближених громадян з вагомою часткою добровольців.

14. Коморбідна патологія тривожного та депресивного спектру потребує адекватної діагностики та лікування хвороб системи кровообігу.

15. Ефективність корекції розладів тривожного та депресивного характеру досягається поєднанням фармако- і психотерапії.

16. Залучення психолога або психотерапевта до лікування дозволить знизити ризик розвитку психогенних порушень.

17. Корекція психічного здоров'я та психологічний супровід мають бути складовими комплексної кардіологічної допомоги.

Розв'язання проблем реабілітації учасників бойових дій, переселенців, в тому числі дітей і підлітків, налагодження системи надання їм допомоги, є пріоритетним. Окрім МОЗ та Мінсоцполітики, це завдання і громадської спільноти, яка, зокрема, втілює проект «Психічне здоров'я без меж». Проект працює на трьох рівнях: по-перше, це психотерапевтична допомога ветеранам і їхнім родинам, переселенцям; по-друге, підвищення кваліфікації фахівців і заходи для спеціалістів психосоціальної сфери, що безпосередньо працюють з постраждалими; по-третє, міжнародна співпраця та обмін науковими досягненнями у діагностиці та психотерапевтичній роботі з різноманітними наслідками психотравмуючих подій, а також іншими причинами погіршення психологічного благополуччя, роботою на запобігання та допомогу зберегти здоров'я.

1.2.2. Стрес і хвороби серця

Із ПТСР асоціюються наступні коморбідні захворювання і стани:

- Депресивні і тривожні розлади;
- Широкий спектр психічних відхилень;
- Агресивна поведінка;
- Проблеми зі сном (безсоння, нічні кошмари);
- Шкідливі звички (зловживання наркотиками, алкоголем, тощо);
- Травматичні ушкодження головного мозку;
- За захворювання серцево-судинної системи (ІХС, АГ, НЦД).

Вченими всього світу за багато років проведено низку досліджень, які вказують на вплив стресу на хвороби системи кровообігу (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Стрес і хвороби системи кровообігу

1. Ризик розвитку кардіоваскулярної патології у колишніх в'язнів часів Другої світової війни

Дослідження проводили в 1991–2000 рр., включивши у нього 19 442 людини – колишніх в'язнів Другої світової війни і в співставній контрольній групі з 9 728 осіб.

Було встановлено достовірне збільшення ризику розвитку артеріальної гіпертензії та ІХС у осіб з наявністю пост травматичних стресових розладів.

2. *Оцінка факторів ризику розвитку атеросклерозу у молодих осіб після війни в Боснії і Герцеговині*

У період 2007–2010 рр. було обстежено 372 молоді особи, які під час війни (1990–1995 рр.) були дітьми. Дослідженням встановлено, що наявність посттравматичного стресу є незалежним предиктором збільшення співвідношення інтима/медіа сонних артерій і більш вираженого субклінічного атеросклерозу.

3. *Госпіталізація з причин кардіоваскулярної патології після катастрофи 11 вересня 2001 року в Нью-Йорку*

Дані за 2003–2010 роки спостереження, наведені в реєстрі госпіталізацій Нью-Йоркського державного шпиталю і включають більше 46000 пацієнтів.

Встановлено, що збільшився відносний ризик госпіталізації для жінок з причин серцево-судинних захворювань (коригований коефіцієнт ризику 1,32, 95% СІ 1.01 – 1.71), які були під впливом емоційного стресу.

У чоловіків, які проводили рятувальні заходи, також був виявлений підвищений ризик госпіталізації з причини ССЗ (коригований коефіцієнт ризику 1,82, 95% СІ 1.06 – 3.13).

4. *Стрес та артеріальна гіпертензія*

Встановлено прямий вплив стресу на рівень середньодобового АТ (збільшення на 20% САТ, на 46% ДАТ) та ЧСС (збільшення на 79%) під час землетрусу в Італії (*G.Parati et al, Hypertension, 1989, vol. 13, p. 647–655*).

Під терміном «стрес-індукована артеріальна гіпертензія» розуміють гостре, як правило, транзиторне та лабільне підвищення АТ під впливом психосоціальних факторів. Вона може виникати і у людей з нормальним АТ, і у тих, хто страждає на АГ.

Взаємодію індивідуальних та зовнішніх факторів та вплив психоемоційного стресу на серцево-судинну систему показано на рис. 1.3.

5. *Стрес та ішемічна хвороба серця*

У хворих, які страждають на ішемічну хворобу серця та зазнають значного впливу емоційного стресу, прогноз на виживання невтішний, про що свідчать криві виживання, наведені на рис. 1.4.

Взаємодії індивідуальних та зовнішніх факторів та вплив психо-емоційного стресу на серцево-судинну систему



В.М.Коваленко, Ю.М.Сіренко, Г.Д.Радченко, 2014

Рис. 1.3. Вплив психоемоційного стресу на ХСК

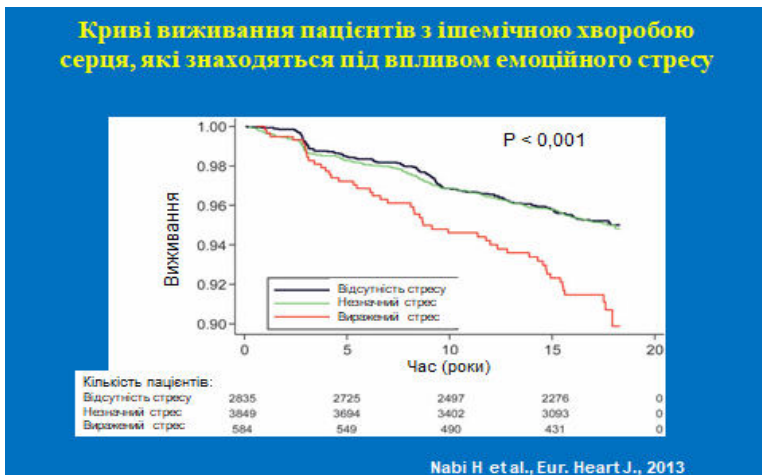


Рис. 1.4. Стрес та ішемічна хвороба серця

6. Стрес та інфаркт міокарда

Взаємозв'язок між тромбозом вінцевих артерій і стресом описав ще М.Д. Стражеско, коли фактично і відкрив поняття «інфаркт міокарда». Дані багатьох досліджень на різних наукових базах світу підтверджують вплив стресу на розвиток гострого інфаркту міокарда (ІМ) (рис. 1.5–1.6).

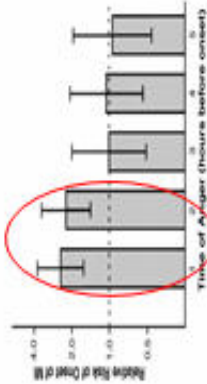
Частота развития ИМ в Тель-Авиве в период ракетного нападения Ирака (8-25 января 1991)



- по сравнению с тем же периодом в 1990 г. (незаполненные столбцы)
- стрелы - ракетные удары по Ираку.

Lancet 1991;336:660-661.

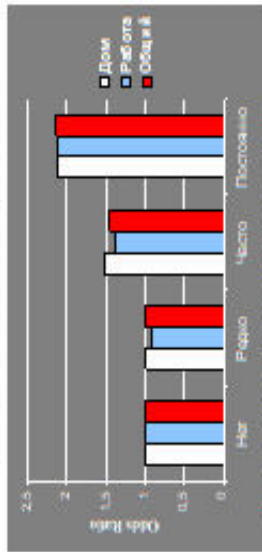
Время наступления ИМ после стресса



Пунктирная линия - базовый риск

Circulation 1995;92(7):1720-1725

Связь умеренного/выраженного стресса на риск развития ОИМ



* Расчет с учетом возраста, пола, региона, курения

Rosegren et al., INTERHEART study, 2000

Study	n	% Cases	% Cases (adj.)
Overall	2635	30.0	27.3
Europe	6841	27.2	24.5
South Asia	6743	6.0	16.0
South Africa	4726	17.5	25.1
Other Asian	3608	24.0	22.6
Africa	2195	22.3	27.9
Latin American	2817	24.5	26.6
Stockholm	362	24.6	23.3

% of cases and % of controls are age adjusted. OR are adjusted for region, age, gender, and smoking

Rosegren et al., INTERHEART study, 2000

Рис. 1.5. Стресс і ризик виникнення інфаркту міокарда

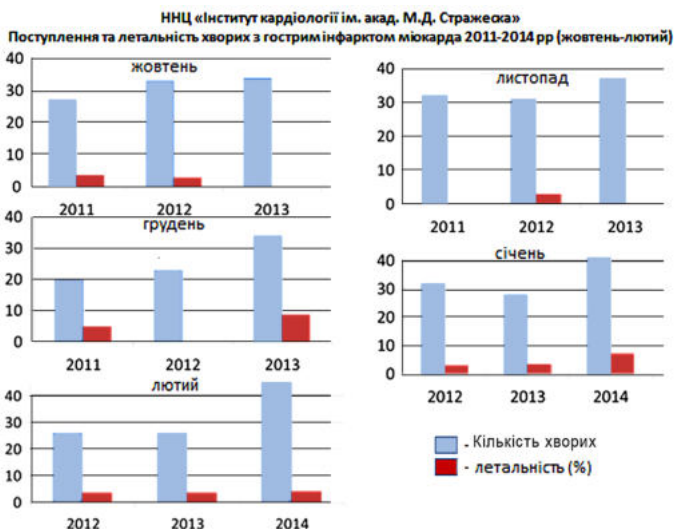


Рис. 1.6. Поступлення і летальність хворих з гострим ІМ (дані ННЦ)

Для зменшення впливу стресу на серцево-судинні хвороби, потрібно його контролювати. За даними дослідження *IHDLSMP, 1989*, контроль стресу у пацієнтів після інфаркту міокарда знизив річну смертність і частоту реінфарктів на 50%.

У дослідженні *Blumenthal JA, et al. 1997*, яке тривало чотири місяці, доведено, що контроль стресу зменшив серцево-судинні події на 74% (смерть, ІМ, реваскуляризація).

У роботі *Jones DA, West RR, et al. 1996*, показано, що програма психологічної реабілітації 2823 хворих після інфаркту міокарда протягом року не дала результатів на кінцеві точки, хоча дещо знизилася частота нападів стенокардії.

У багатьох дослідженнях вказується на ефективність біхевіоральної терапії у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) – метод психотерапії, що базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах *спотворюється сприйняття реальності*, а також, що *неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток і утримання існуючих проблем та розладів*.

КПТ базується на стосунках партнерської співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження існуючих проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми/ розладу, формулюють цілі і спільно працюють над їх досягненням.

Для вирішення проблеми впливу стресу на розвиток серцево-судинних захворювань потрібно дотримуватися наступних порад:

- Акцентування уваги пацієнта на важливості психосоціальних стресових факторів у розвитку серцево-судинних захворювань;
- Ефективність біхевіоральної терапії повинна бути відображена в клінічних настановах;
- Необхідно проведення подальших досліджень для виявлення патофізіологічних механізмів, за допомогою яких КБТ здатна знизити ризик розвитку серцево-судинних подій;
- Необхідно поглиблення співробітництва спеціалістів з біхевіоральної медицини;
- Потрібна участь у спеціальних психосоціальних програмах, в основі яких лежить проведення індивідуальних і групових занять.

Україна, за даними Європейських національних координаторів Програми психічного здоров'я ВООЗ, віднесена до країн, в яких система охорони психічного здоров'я слабо розвинута. Тому основними пріоритетами плану дій в нашій державі повинні стати розвиток мережі загальної допомоги, заснованої на психосоціальному рівні, а також активна участь лікарів загальної практики в питаннях забезпечення психічного здоров'я.

Оптимізована система медичної допомоги в умовах хронічного стресу передбачає:

- формування груп спостереження (*особи з чинниками ризику та хворі на ХСК*) з метою оцінки їх психоемоційного стану;
- гігієнічне виховання і навчання щодо уникнення впливу провідних факторів ризику, які викликають порушення психоемоційного стану;
- динамічне спостереження за психоемоційним станом вищевказаних груп, шляхом проведення оглядів і консультацій у фахівців психотерапевтичної служби (*лікар-психолог, психотерапевт*);
- проведення комплексного лікування та реабілітаційних заходів з визначенням їх обсягу та частоти у відповідності до рівня ризику з урахуванням психічного здоров'я.

1.3. Стан здоров'я народу України за 2014–2021 роки

В Україні триває збройний конфлікт. Крім того, населення страждає від епідемії коронавірусу. Все це завдає непоправимих втрат здоров'ю населення, що супроводжується високою смертністю, особливо у працездатному віці.

Демографічні показники залежать від впливу багатьох як природних, так і соціально-економічних чинників, їх аналіз характеризує умови та якість життя, а їх динаміка є соціальним критерієм ступеню розвитку і добробуту суспільства. Вивчення та аналіз демографічних процесів є вкрай необхідним для обґрунтування і формування соціальної політики держави. Але у зв'язку з проведенням військових дій на території Луганської і Донецької областей та тимчасовою окупацією АР Крим, відсутні (неповні) дані про економічне, соціальне, медичне становище, показники демографії у цих регіонах, тому із застереженням можуть бути використані для аналізу в динаміці.

Україна входить в топ країн світу з найвищими темпами скорочення населення. Демографічна криза в Україні відчутна як ніколи, прогнозується, що до 2050 р населення може зменшитися на 20%, причому населення у віці 25–64 років – на третину. Такі ж показники можна спостерігати в Болгарії, Латвії та Литві, але в Україні ситуація більш складна.

Кількість населення працездатного віку зменшується не тільки через низьку народжуваність та міграційні втрати, але й через відсутність стійкого прогресу в зниженні рівня передчасної смертності і зростання очікуваної тривалості життя на початку працездатного періоду.

Швидке скорочення населення працездатного віку посилюється більш довгим навчанням, «бумом» вищої освіти, збільшенням середнього віку вступу в шлюб і народження першої дитини, безробіттям, тощо.

Загальна чисельність молоді у віці 15–24 роки дуже маленька і за останні роки вона стабільно зменшується: з 38,4% в 2014 р. до 33,7% у 2018.

У зв'язку з цим увага політиків і суспільства прикута до проблем працевлаштування наймолодшої групи, а інші залишаються без

уваги. Об'єктивні статистичні дані підтверджують, що частка вікової групи 15–24 роки у загальній чисельності безробітних менше 15%, оскільки в цілому їх присутність на ринку праці незначна. На молодь покладається занадто багато надій щодо розвитку країни, але насправді їх кількість недостатня, щоб кардинально змінити ситуацію на ринку праці або в цілому в економіці. Разом з тим роль старших поколінь недооцінюється, хоча вже зараз більше половини робочої сили становлять люди у віці 40 років і старше.

Разом з тим серед населення у віці 60–70 років частка внеску в робочу силу і рівень зайнятості навіть скоротилися; понад 30% працюючих цього віку залучені у неформальну зайнятість. У жінок у віці 50–59 років рівень безробіття за останні п'ять років зростає з 4,4 до 6,8%. Ця динаміка свідчить про недостатній супровід пенсійної реформи активними заходами політики на ринку праці.

На початок 2020 року, населення України за віком було розподілене наступним чином: 13,7% – частка людей молодше 15 років; 70,8% – у віці від 15 до 65 років; 15,5% – старше 64 років. В абсолютних цифрах:

- 5 769 990 – молодше 15 років (чоловіків: 2 965 215 / жінок: 2 804 774);
- 29 736 994 – старше 14 і молодше 65 років (чоловіків: 14 221 273 / жінок: 15 515 720);
- 6 493 234 – старше 64 років (чоловіків: 2 135 291 / жінок: 4 357 523).

Таким чином, вікова піраміда України має регресивний або спадаючий тип. Такий тип властивий для високорозвинутих країн. Внаслідок відносно низької смертності і народжуваності, населення має високу очікувану тривалість життя. Всі ці фактори, разом з багатьма іншими, підвищують середній вік населення («старі» країни). Коефіцієнт загального демографічного навантаження в Україні відносно низький (41,2%) і показує, що чисельність працездатного населення майже у два рази більша непрацездатного віку. Таке співвідношення не створює критичне соціальне навантаження на суспільство. Коефіцієнт потенціального заміщення – 19,4%, коефіцієнт пенсійного навантаження – 21,8%.

Середня очікувана тривалість життя при народженні (для обох статей) в Україні у 2018 р. склала 71,8 років (66,7 – чоловіки, 76,7 – жінки). Це нижче середнього значення у світі і значно менше, ніж у розвинутих країнах. Згідно дослідженню Євростату, у рейтингу країн світу за цим показником Україна знаходиться на 121-м місці (ДОДАТОК 1).

1.3.1. Тривалість життя – інтегральний показник стану суспільства

Глобальна очікувана тривалість життя з 1990 р. зросла більш ніж на **сім** років; це еквівалентно зростанню на рік кожні три з половиною роки. Люди в усьому світі живуть довше, частково завдяки зниженню смертності від серцево-судинних захворювань у країнах з високим рівнем доходу та зменшенню смертності дітей у країнах з низькими доходами. Поліпшення охорони здоров'я, гігієни та медичні досягнення при лікуванні захворювань також сприяли зростанню. Тривалість здорового життя – кількість років, які можливо прожити з хорошим здоров'ям – також зросла на **6,3** року. Проте темпи глобального зростання знову почали уповільнюватись (рис. 1.7).

Західна Європа домінує серед країн світу по тривалості життя. З перших 20 країн за очікуваною тривалістю життя 14 знаходяться в Європі, однак Східна Азія є переможцем: люди, що народилися сьогодні в Японії та Сінгапурі, можуть розраховувати прожити до 84 років. Що стосується Британії, то Англія потрапляє у топ-20 із середньою тривалістю життя 81 рік, тоді як Північна Ірландія – на 32 місці, а Уельс – 34-й (по 80 років кожна). Шотландія займає 42 місце з 198 країн з тривалістю життя 79 років (рис. 1.8).

У топ-20 із найменшою тривалістю життя входять африканські країни (крім двох). Для дітей, що народилися 2016 року в Лесото та Центрально-Африканській Республіці – країнах, що постраждали від громадянської війни, – очікувана тривалість життя становить лише 50 років, тобто на 34 роки менше, аніж для народжених у Японії. Тим часом, десятиліття війни, посухи та беззаконня роблять Афганістан єдиною азійською країною у цій групі: очікувана тривалість життя у ній становить лише 58 років (рис. 1.9).

Глобальна тривалість життя з 1990 року зросла на 7 років

Очікувана тривалість життя від народження

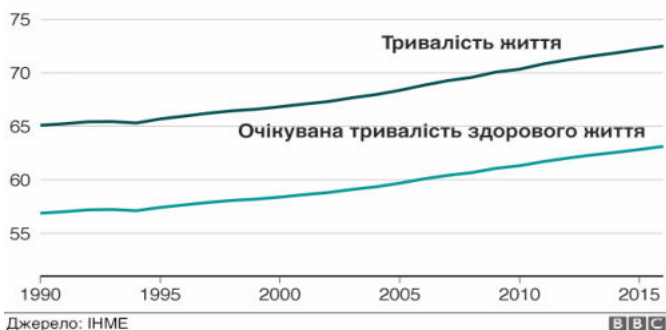


Рис. 1.7. Зростання тривалості життя у світі
(Джерело: Інститут показників та оцінки здоров'я IHME)

20 країн з найвищою тривалістю життя

■ Азія ■ Європа ■ Півн. Америка ■ Океанія

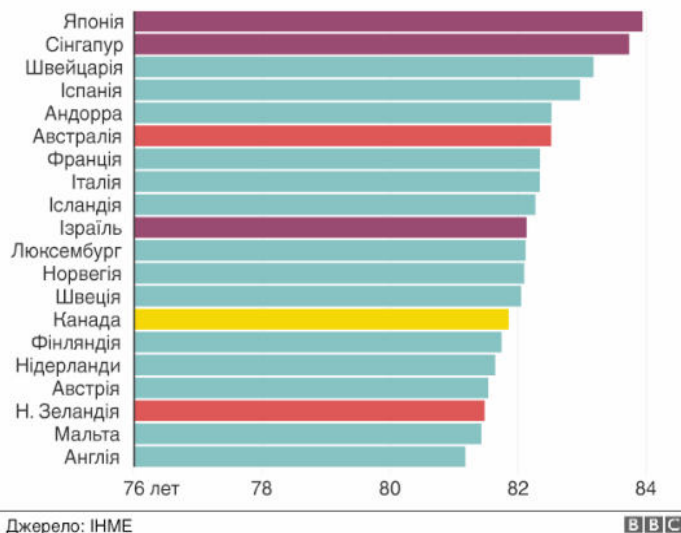
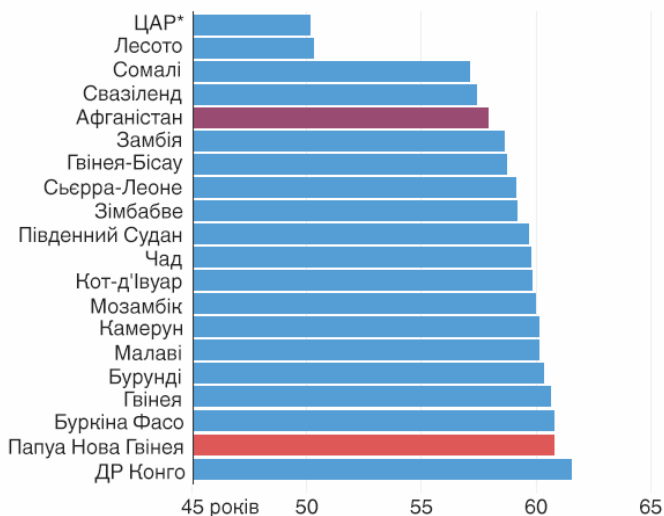


Рис. 1.8. 20 країн з найвищою тривалістю життя
(Джерело: Інститут показників та оцінки здоров'я IHME)

20 країн з найнижчою тривалістю життя

■ Африка ■ Азія ■ Океанія



* Центральнопівденноафриканська республіка. Джерело: IHME

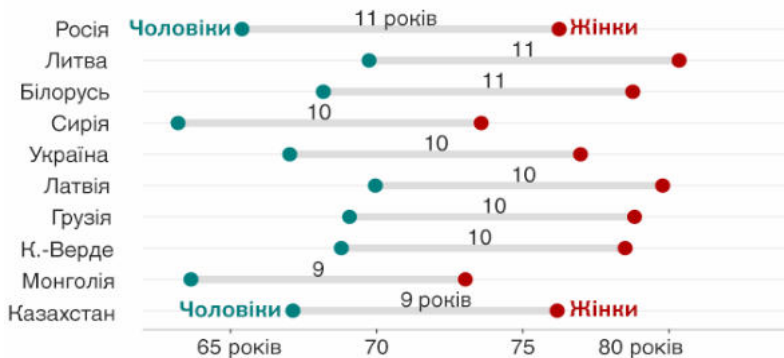
BBC

Рис. 1.9. 20 країн з найнижчою тривалістю життя
(Джерело: Інститут показників та оцінки здоров'я IHME)

Жінки живуть довше за чоловіків у 195 із 198 країн, в середньому – на шість років. Проте в деяких країнах ця різниця становить 11. Як показано на графіку нижче, більшість гендерних відмінностей спостерігають у Східній Європі та Росії, де порівняно низька очікувана тривалість життя чоловіків пояснюється алкоголізмом і поганими умовами праці. Жінки із найбагатших груп обох країн після 50 років живуть у середньому ще майже 33 «здорових» роки. У найбідніших груп населення цих країн цей показник у жінок дорівнює 24,6 і 24 роки – теж на 9 років менше. «Ми з'ясували, що найсильнішим соціально-економічним чинником більшої ТЖ в обох країнах і в усіх вікових групах є багатство». Інше дослідження, яке провели вчені Університету Копенгагену, встановило, що бідність прискорює старіння. Зокрема, злидні підвищують рівень тривоги і стресу, що сприяє початку запальних процесів в організмі. (рис. 1.10).

У країнах Східної Європи більші статові відмінності

Різниця у тривалості життя між жінками та чоловіками



Джерело: IHME

BBC

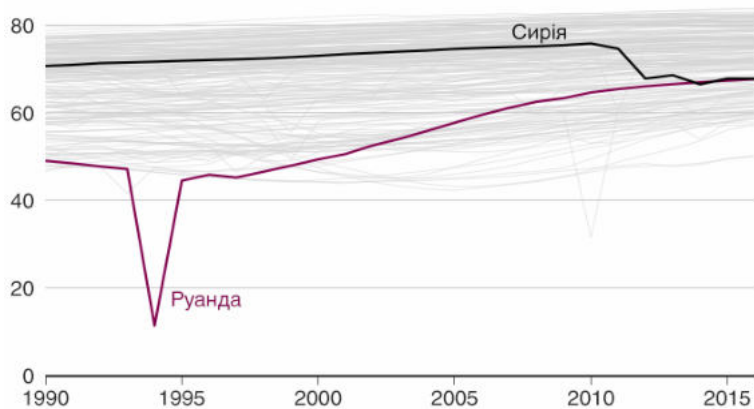
Рис. 1.10. Різниця у тривалості життя між жінками і чоловіками (Джерело: Інститут показників та оцінки здоров'я IHME)

Війна, а також голод і стихійні лиха мають руйнівний вплив на тривалість життя. Ще в 2010 р. Сирія займала 65 місце у світі за очікуваною тривалістю життя. Проте роки війни в 2016 р. опустили її на 142 місце. На піку геноциду в Руанді у 1994 р. очікувана тривалість життя при народженні становила лише 11 років. У 1994-1998 рр. Північна Корея зазнала руйнівного голоду, який зменшив очікувану тривалість життя на кілька років (до початку 2000-х років). Близько 200 тисяч людей померли від землетрусу в Гаїті 2010, але наступного року очікувана тривалість життя відновилася (рис. 1.11, 1.12).

Вчені з Великої Британії і США протягом 10 років незалежно один від одного вивчали дані про достаток, здоров'я і тривалість життя громадян своїх країн. Люди із найвищим достатком у середньому мають очікувану тривалість «здорового» життя на 9 років більше, ніж найбільш бідні прошарки населення, сказано у спільному дослідженні вчених. Крім того, з'ясовано: після 50-ліття найбагатші чоловіки живуть ще 31 «здоровий» рік, а бідні чоловіки в обох країн – 22–23 роки, тобто на 9 років менше.

Вплив війни на очікувану тривалість життя

Очікувана тривалість життя від народження, по країнах



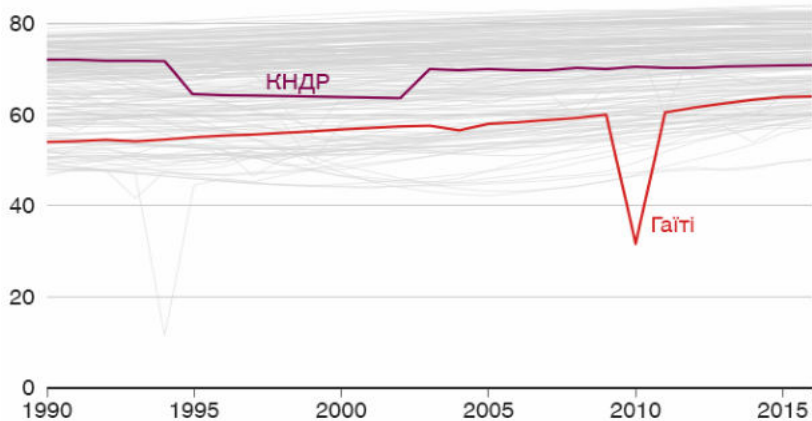
Джерело: ІНМЕ

BBC

Рис. 1.11. Вплив війни на очікувану тривалість життя
(Джерело: Інститут показників та оцінки здоров'я ІНМЕ)

Вплив голоду та природних лих

Очікувана тривалість життя від народження, по країнах



Джерело: ІНМЕ

BBC

Рис. 1.12. Вплив голоду та природних лих на очікувану тривалість життя
(Джерело: Інститут показників та оцінки здоров'я ІНМЕ)

За демографічним прогнозом на 2100 р., який підготували для України в ООН, чисельність населення зменшиться до 24,5 млн осіб, з яких майже третина – пенсіонери. Про це йдеться у праці «World Population Prospects 2019», підготовленій за підсумками 2019 року в ООН.

Серед загальних світових тенденцій відзначають: підвищення середньої тривалості життя – понад 73 роки в усіх регіонах окрім Африки; зниження смертності у віці до 5 років до 40 випадків на 1000 народжених; зниження вірогідності смерті у віці від 15 до 60 років – до 140 померлих на 1000 тих, хто дожив до 15; підвищення очікуваної тривалості життя у віці 60 років – понад 20 років, а в найбільш розвинутих країнах 23 роки.

Відповідно до класифікації ООН, Україна належить до регіону Східної Європи (разом з Молдовою, Білоруссю, Росією, Болгарією, Чехією, Угорщиною, Польщею, Румунією та Словаччиною), а за рівнем доходу – до групи країн із середнім та нижчим рівнем доходу (таких, як, наприклад, Грузія, Болівія, Індія, Індонезія, Гондурас, Камбоджа, Джибуті, Гана, Монголія, Нігерія, Молдова, Узбекистан, В'єтнам тощо).

1.3.2. Демографічні показники в світі та Україні

За прогнозом, до 2030 р. населення планети досягне 8,55 мільярда, а в 2100 р. становитиме 10,85 млрд. Середня тривалість життя збільшиться з 72,3 року у 2020 р. до 81,7 року у 2100, а відсоток осіб віком понад 65 років підвищиться відповідно з 9,3 до 22,6%.

У країнах з середнім та нижчим рівнем доходу нині 3,1 млрд. осіб, а до 2100 р. зростання до 4,7. Населення Східної Європи наразі оцінюють в 293,4 мільйона, 57,1% яких – особи віком від 25 до 64 років, 16,4% – старші 65 років. Середня прогнозована тривалість життя в регіоні становить 74 роки. Найвищої позначки населення регіону досягло у 1990 р. – 309,8 млн, відтоді скорочується і в 2030 може становити 284,5 млн, у 2100 – до 219,5.

Загальна чисельність населення України станом на 1.01.2021 р. – 41,6 млн осіб. В 1991 р. – 51,6 млн. Тобто, за 30 років зменшення на 10 млн жителів. При цьому, навіть на офіційному рівні визнається, що ці дані можуть бути завищені, так як з 2001 р. не проводився

перепис населення. Скорочення чисельності населення може призвести до зміни етнічного портрету. По статеві-віковому портрету у нас жінки переважають чоловіків – ця тенденція йде ще з Другої світової війни і не змінюється

Україна стрімко вимирає. Динаміка скорочення за п'ять років така: у 2016 р. – 186,6 тис.; 2017 р. – 210,1; 2018 р. – 251,8; 2019 р. – 272,3; 2020 р. – 314 тис. осіб. Померло (в абсолютних цифрах): у 2018 році – 587 665 осіб, у 2019 р. – 581 114, у 2020 р. – 616 835. Зменшення чисельності населення фіксується у 23 із 24 областей. Виняток – Київська область, куди на заробітки приїжджають мешканці інших регіонів.

Найбільший убуток у центрі і на сході країни, де останнім часом, серед іншого, перестали працювати багато промислових підприємств. В Чернігівській, Сумській і Донецькій областях смертність у три рази перевищує народжуваність; в Харківській, Дніпропетровській, Полтавській і Запорізькій – в 2,5 рази.

Про складність ситуації свідчать такі дані: 2020 року в Україні на 200 померлих – 100 народжених, при цьому за минулий рік чисельність населення зменшилась, кількість померлих збільшилась, а кількість народжених зменшилась. Від'ємне природне скорочення збільшується.

Середня прогнозована тривалість життя при народженні становить 72,1 року, прогнозована тривалість життя у віці понад 65 років – 15,2 року.

Таким чином, у майбутньому в Україні зберігатиметься тенденція до зниження кількості населення, знижуватимуться як рівень смертності, так і рівень народжуваності, дещо підвищиться загальна фертильність, відчутно підвищиться середня тривалість життя. Відповідно, це призведе до того, що відсоток осіб віком понад 65 років підвищиться. Одночасно зі зменшенням кількості населення підвищуватиметься **середній вік українців**: якщо у 1950 році він становив 27,6 року, то у 1990 – 35,3, у 2000 – 37,9, у **2020 – 41,2**, вже у 2030 становитиме 44,5 року, у 2100 – **47,7**.

Нині українці живуть в середньому на 10 років довше, ніж у 1950-их роках. Вже у 2025-2030 рр. цей показник становитиме **73,2** року, а до кінця століття підвищиться до **82,8** року. Нині чоловіки живуть в середньому до 66,8 року, жінки – до 76,6 року. До 2050 року ці

показники становитимуть відповідно **71,6** та **80,3** року, до 2100 – **80,1** та **85,5** року. Тривалість життя людини та стан її здоров'я залежить від багатьох факторів: кліматичних, стану довкілля, соціально-економічних умов, забезпечення продуктами харчування та їх вартості, а також стану системи охорони здоров'я та способу життя людини. Загальновідомо, що профілактика неінфекційних захворювань майже у 3 рази менш затратна, ніж лікування хворих.

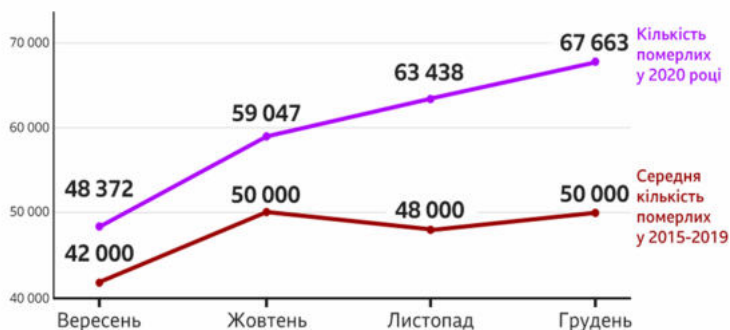
За даними Державної служби статистики, чисельність населення України на 1 січня 2021 р. становила 41,6 млн осіб (на 1.01.2020 р. – 41,9). Це на 300 тис. осіб менше, ніж рік тому, а за 30 років зменшення на 10 млн жителів. Головна причина скорочення – різке зниження народжуваності. Якщо у 2018 році народилося майже 336 тис. малюків, в 2019-му – 309 тис., а у 2020 р. – 293 тисячі. При цьому народжень вдвічі менше, ніж смертей: в минулому році на 100 померлих припало лише 48 немовлят. Згідно з прогнозними розрахунками, населення України може «обнулитися» вже через 179 років, і це без врахування міграційних процесів. Якщо враховувати міграцію, то це відбудеться вдвічі швидше.

Природний відхід населення скоротився в порівнянні з 2018 р.: якщо в 2018 р. померло майже 587 тис. осіб, в 2019-му – 581 тис. (на 1% менше), а у 2020 р. – 616 тис., тобто більше на 35 тисяч. Очевидно, що значне зниження народжуваності у порівнянні зі смертністю не могло перекрити загальну цифру зменшення населення. При відсутності пандемії коронавірусу у 2020 році, скоріше за все, кількість смертей була б такою самою, як місяць до місяця в попередні роки. Це називається очікувана смертність, яка вираховується за кількістю смертей у попередні роки (рис. 1.13).

Пандемія COVID-19 різко збільшила кількість померлих в Україні. За нашими розрахунками, надлишкова смертність у 2020 році, у порівнянні з трендами зменшення кількості померлих за останні 5 років, склала понад **50 тисяч осіб**. З них лише 21236 були зареєстровані як померлі від власне COVID-19, решта «надлишкових смертей» – серед «Хвороб системи кровообігу» та «Хвороб органів дихання».

Основною причиною смерті протягом останніх років є хвороби системи кровообігу (67,0%), на другому місці – новоутворення (13,6%), треті – зовнішні причини (5,4%).

Статистика смертності в Україні у 2020 році у порівнянні з 2015-2019 роками



Джерело: Державна служба статистики України

BBC

Рис. 1.13. Неочікуване зростання показника смертності у 2020 р. в Україні

Отже, серцево-судинні захворювання є однією із головних медико-біологічних та соціальних проблем сучасної України, що суттєво впливає на тривалість і якість життя населення та показники втрат життєвого потенціалу країни. Вони стають причиною 67% усіх смертей в країні, у той час як, наприклад, у Франції і Японії ця складова у дорівнює 29%, у США – 31%. Щорічно від ХСК помирає в межах 400 тисяч українців (у середньому щодня помирає більше 1 тисячі осіб). Лише внаслідок раптової зупинки серця на догоспітальному етапі щороку помирає 50–70 тисяч осіб, з них до 35 тисяч – це особи працездатного віку.

Основними нозологіями, що обумовлюють високу смертність від серцево-судинних захворювань, є інфаркти, мозкові інсульти, синдром раптової смерті та кардіоміопатії, яким передують такі патологічні стани, як артеріальна гіпертензія, життєво загрозливі аритмії, стенокардія тощо. Так, за даними МОЗ, в Україні щорічно реєструється понад 40 тисяч інфарктів та майже 100 тисяч інсультів.

Сьогодні в Україні налічується близько 1 мільйона хворих на злякисні новоутворення, з них близько 6 тисяч дітей. При цьому

показники онкозахворюваності мають стійку тенденцію до зростання, і наша держава посідає друге місце в Європі за темпами поширення раку. Щорічно в Україні більше 150 тисяч осіб дізнаються, що вони онкохворі. Щодня рак виявляють у 450 людей.

Злоякісні новоутворення є причиною 13,6% смертей українців. Щороку від раку помирають близько 70 тисяч осіб, з них 30% – люди працездатного віку. Показник виживання хворих на рак в Україні залишається на низькому рівні і становить в середньому 41,4%, що значно нижче у порівнянні з країнами європейської спільноти та США. Це обумовлено тим, що в Україні здебільшого вперше онкологічну патологію виявляють вже на досить пізніх стадіях, коли вірогідність успішного лікування є незначною. Причиною цього є недоліки в організації профілактичного напрямку у цій сфері та низька обізнаність громадян, щодо необхідності попередження онкозахворювань. Так, за даними статистики, у 2017 році на профілактичних оглядах було виявлено лише 27% онкологічних хворих серед дорослого населення та 10,3% злоякісних новоутворень у дітей.

Зараз вдалося реалізувати ряд програм з метою ранньої діагностики раку, зокрема, молочної залози, і це відчутно покращило ситуацію.

На третьому місці у структурі смертності населення України – травми та зовнішні причини, які лише протягом 2019 року забрали життя 30 тисяч наших громадян. Найбільша кількість серед зовнішніх причин смерті – навмисні самовбивства (6 488 осіб); випадки ушкодження з невизначеним наміром, крім отруєння алкоголем (5 073 осіб), транспортні нещасні випадки (4 529 осіб). Причинами високої смертності від травм та зовнішніх причин є: особиста необережність, порушення або недотримання норм і правил безпеки, у тому числі правил пожежної безпеки, порушення правил дорожнього руху, розлади психіки і поведінки, надмірне вживання психоактивних речовин, стрес-асоційовані розлади у бійців АТО і ООС тощо.

Крім того, Україна займає одне з перших місць у світі за кількістю самогубств. Так, за даними статистики, на 100 тисяч осіб припадає 22 самогубства, більшість з яких вчинили підлітки у віці до 14 років. На жаль, останнім часом кількість суїцидів серед дітей 5–14 років зросла у 30 разів.

Таким чином, демографічна ситуація в Україні залишається несприятливою, як у кількісному відношенні (зменшення чисельності, надвисока смертність при низькій народжуваності), так і в якісному (демографічне старіння, повільне зростання тривалості життя). Головною проблемою залишається висока смертність, особливо чоловічої статі і працездатного віку. Тому комплекс заходів, спрямованих на попередження передчасної смерті, продовження тривалості і якості життя, поліпшення умов і способу життя, удосконалення системи ОЗ, підвищення доступності та якості медичної допомоги має стати основою соціальної політики держави.

Реалізація політики (як на національному, так і місцевому рівні), спрямованої на зниження смертності населення у працездатному віці, збереже трудовий потенціал, підвищить добробут, знизить видатки на медичну та соціальну допомогу та подовжить тривалість життя в Україні.

Потребує більш детального вивчення вплив деяких економічних, екологічних, соціальних та інших показників на загальний стан здоров'я населення, особливо на високий рівень смертності. Зокрема, величина середньомісячної заробітної плати по регіонах, валовий регіональний продукт у розрахунку на одну особу, наявний дохід у розрахунку на одну особу, структура доходів і витрат населення за регіонами (у відсотках до загального обсягу по Україні), рівень безробіття (у відсотках до економічно активного населення відповідного віку). За даними Світового банку, витрати на пенсії в Україні близько 14% ВВП і становлять третину від усіх бюджетних витрат. При цьому більшість отримують мінімальні пенсії, що не перевищують 2 долари на день.

Згідно з дослідженням ВООЗ за 2019 г., США витрачають на охорону здоров'я 17,1% свого ВВП – це приблизно \$3,4 трлн., а у перерахунку на кожного громадянина – це трохи більше ніж \$10 тис. Італія – 41 місце і 8,9% свого ВВП – \$178 млрд. і \$3 тис. на кожну особу. А Україна – на 81 місці, 6,7% свого ВВП – \$10 млрд. і \$239 на кожну людину (рис. 1.14).

Цікавими є дані **глобального опитування «Кінець року»**, яке проводиться асоціацією Gallup International кожний рік, але Україна бере участь у цьому дослідженні нерегулярно. В листопаді 2019 року 45 тисяч респондентів з 46 країн світу відповіли на питання: *«Наскільки Ви*

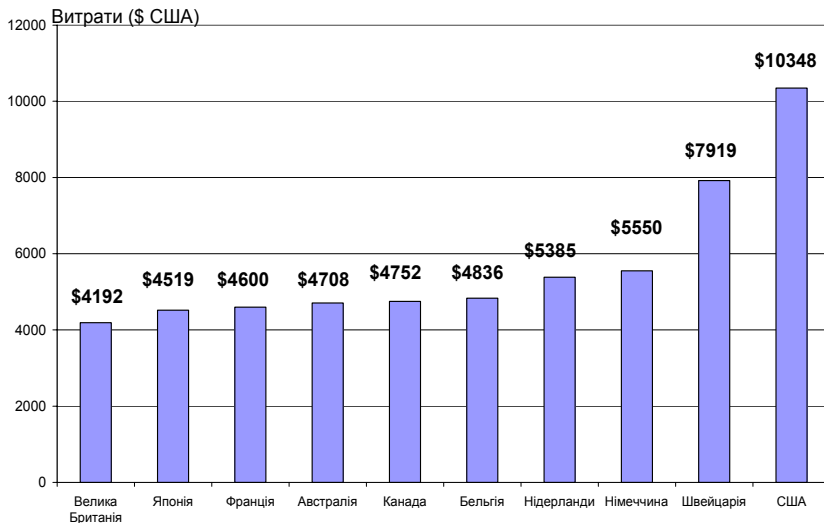


Рис. 1.14. Витрати на медицину на одну людину в рік в країнах з найбільшими показниками (в \$ США)

задоволені чи незадоволені своїм життям?». На усьому пострадянському просторі представником цієї асоціації є дослідницький холдинг Ромир, а в Україні дослідження проводив *Київський міжнародний інститут соціології* (КМІС).

Більше половини респондентів країн, де проводилось дослідження (59%), відповіли позитивно, біля одного з десяти (11%) вважають себе нещасливими. Трохи більше четвертої частини опитаних (28%) вважають себе ні щасливими, ні нещасними. Тобто відповідний, середній індекс склав 48%. Таким чином в Україні він дещо нижчий, ніж у світі в цілому (нижчий так званого «світового індексу щастя»), однак демонструє відчутне зростання за останні два роки: +8 у 2017 і + 33 у році 2019. Дані опитувань:

З 2014 року у світі спостерігається відносно, але неухильне падіння індексу щастя. Він вираховується як різниця між відсотком людей, що вважають себе щасливими і відсотком нещасливих людей. Цей індекс знизився з 64% у 2014 р. до 48% у 2018.

У 2019 р. показник індексу щастя залишився тим самим, що й у 2018, тобто 48%. На цьому фоні Україна зі значенням цього індексу 33% демонструє очевидний прогрес. На кінець 2019 року 51% українців вважали себе щасливими і тільки 18% вважали, що їх особисте життя нещасливе. Таким чином, індекс щастя, склав +33% проти +8% у 2017 (у 2018 р. це запитання в Україні не ставилося). І хоча показник України невеликий (остання десятка країн) – динаміка позитивна (табл. 1, рис. 1.15).

Оскільки Україна опинилась в десятці країн, мешканці яких схильні вважати своє особисте життя нещасливим, наводимо дані щодо відносно найбільш «щасливих» і «нещасливих» країн світу (табл. 1, рис. 1.15).

Важливими є дані щорічного **світового рейтингу процвітання**, за яким Україна опинилась між Кубою і Тунісом. Так, за підсумками 2019 р. Україна посіла 96-те місце зі 167 країн у світовому рейтингу **процвітання**, який щороку укладає аналітичний центр Legatum Institute.

Кожну країну аналізують по 12 критеріям, які дозволяють оцінити стан різних сфер життя: безпеки, особистої свободи, якості державних послуг, соціального капіталу, інвестиційного клімату, природного середовища, якості економіки, умов життя, охорони здоров'я, освіти тощо.

*Таблиця 1. Індекс щастя за країнами.
ТОП найбільш «щасливих» та «нещасливих» країн***

ТОП щасливих країн		ТОП нещасливих країн	
Країна	Індекс щастя	Країна	Індекс щастя
Колумбія	+88	Йорданія	-38
Індонезія	+86	Ліван	-15
Еквадор	+85	Сирія	-7
Казахстан	+83	Гонконг, Ірак	+5
Нігерія	+78	Росія	+24
Філіппіни	+78	Україна, Великобританія	+33
Перу	+71	Болгарія	+35
Вірменія	+70	Албанія	+37
Іспанія	+69	Туреччина, Франція	+38
Азербайджан, Мексика	+66	Німеччина	+41



Рис. 1.15. Порівняльні показники індексу щастя в Україні в 2017 та 2019 роках **

Примітка: ** – дані КМІС від 11 лютого 2020 року.

Як свідчить звіт Legatum Institute, найсильніша сторона України – освіта (37-ме місце у світі). Значно нижчі позиції: умови життя – 69, умови для підприємств – 71, якість державних послуг і особиста свобода – по 85, доступ до ринку та інфраструктури і якість економіки – по 87.

Найслабшими сторонами, на думку укладачів рейтингу, є соціальний капітал (129-те місце) і безпека (145-та сходинка).

Сусідами України в загальному рейтингу є Куба (97) і Туніс (95). З минулого року Україна піднялася на три позиції (з 99-го місця на 96), але все ще перебуває на 10 сходинках нижче, ніж 10 років тому.

До першої десятки лідерів світового процвітання потрапили: Данія, Норвегія, Швейцарія, Швеція, Фінляндія, Нідерланди, Нова Зеландія, Німеччина, Люксембург та Ісландія. Велика Британія посідає 11-ту сходинку, Сполучені Штати – 18, Франція – 23, Іспанія – 25, Словачія – 32, Польща – 36, Угорщина – 46, Румунія – 47, Грузія – 53.

В аутсайдерах – Центральна Африканська Республіка, Ємен та Південний Судан, які опинилися на останніх позиціях.

Стосовно колишніх республік СРСР, то вище України в щогорічному рейтингу опинилися Естонія (21, випередивши

Бельгію та Францію), Литва (33), Казахстан (68), Білорусь (73), Росія (74), Молдова (81), Киргизстан (88) та Азербайджан (92). Україна випередила Узбекистан (103), Туркменістан (108) та Таджикистан (114).

Вперше рейтинг процвітання країн було складено у 2006 році. Його основна мета – виміряти досягнення країн з точки зору їх благополуччя і процвітання. Україна вперше попала в рейтинг у 2009 р. і посіла 61 сходинку серед 104 країн. У 2018 р. Україна була 111-ю у світі. Таким чином, за рік Україна піднялась на 15 позицій.

1.4. Поширеність НІЗ у світі і пріоритетність дій у боротьбі з ними

Здоров'я має виняткове значення у житті кожної людини, кожної сім'ї та суспільства у цілому, воно є неоціненним ресурсом держави. Здоров'я та благополуччя громадян є ключовими факторами економічного та соціального розвитку країни, сприяє підвищенню продуктивності праці, формуванню більш ефективних трудових ресурсів та більш здоровому старінню; скорочує витрати, пов'язані з хворобою та соціальною допомогою, а також витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги; сприяє зменшенню втрат податкових надходжень у бюджет. Міжнародний досвід показує, що найбільш перспективним шляхом для забезпечення здоров'я та благополуччя населення є злагоджена робота усіх секторів держави, яка скерована на соціальні та індивідуальні детермінанти здоров'я.

Документи, розроблені в ЄБ ВООЗ, є дороговказом для країн-членів. Вони визнають право кожної людини на здоров'я, незалежно від етнічної належності, статі, віку, соціального положення та достатку. До основних цінностей відносяться справедливість, стійкість, якість, прозорість, підзвітність, захист людської гідності та право на участь у прийнятті рішень. Нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення її політики, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику.

Держава і її система ОЗ, діючи на всіх етапах життя людини, розширюючи її права і можливості, допомагають стримувати

розвиток епідемії неінфекційних хвороб, що буде сприяти зростанню потенціалу громадського здоров'я, а це, в свою чергу, сприятиме більш ефективній боротьбі з інфекційними хворобами, що надзвичайно актуально сьогодні. Слід зазначити, що уряд зможе досягти більшого позитивного впливу на здоров'я населення, коли буде взаємопов'язувати стратегії, інвестиції, послуги та зосередить увагу на скороченні соціальних нерівностей.

Таким чином, реалізація визначених ВООЗ пріоритетів вимагає використання комплексних підходів стратегічного керівництва, яке сприяє підвищенню рівня здоров'я, соціальної справедливості та благополуччя, впровадження позитивних змін, сприянню інноваціям і бути орієнтованим на вкладання ресурсів у профілактику хвороб.

Україна належить до країн Європейського регіону із незадовільними показниками здоров'я, низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя. Поширеними є поведінкові фактори нездоров'я: вживання тютюну та алкоголю, ожиріння, низький рівень фізичної активності, високий рівень стресів. Крім того, населення з низькими прибутками, навіть за необхідності, відкладає звернення у медичний заклад через страх фінансової кризи у зв'язку з необхідністю оплати за медичну допомогу.

У сучасних умовах на глобальному, регіональному та національному рівнях зростає увага до поширеності НІЗ і пріоритетності дій у боротьбі з цією епідемією. Статистичні дані та експертні оцінки підтверджують збільшення поширеності неінфекційної патології у світі та зростання масштабів викликаних нею негативних медико-соціальних наслідків.

Питома вага смертності від неінфекційних хвороб у загальній структурі смертності у світі збільшилася впродовж останніх років з 63% до 68%. На глобальному рівні 31,3% випадків смерті обумовлено ХСК, 13,0% – злоякісними новоутвореннями, 6,2% – цукровим діабетом, 5,0% – ХОЗЛ. Провідними чинниками ризику розвитку НІЗ є підвищений кров'яний тиск, який призводить до 9,4 млн смертей, куріння, яке обумовлює 6 млн смертей, алкоголь, який викликає 3,3 млн смертей тощо. Особливу тривогу викликає той факт, що 40% смертей від НІЗ були передчасними.

За прогностичними оцінками, до 2030 р. частка неінфекційних хвороб у загальній структурі смертності становитиме 75%. Майже

три чверті смертей від них відбуваються в країнах із середнім та низьким рівнем розвитку, що свідчить про глобальність загрози для здоров'я людей з різним рівнем достатку, для бідних і багатих країн та про шарків населення.

Зважаючи на значну поширеність НІЗ серед населення України, їх вагомий внесок у формування глобального тягаря хвороб, необхідний моніторинг ситуації щодо поширеності неінфекційної патології в Україні, чинників ризику її розвитку, визначення особливостей та тенденцій на національному, регіональному та місцевому рівнях для обґрунтування комплексних заходів протидії епідемії. Проведення моніторингових досліджень повинно враховувати причини сучасних епідеміологічних зрушень, у т. ч. демографічні тенденції постаріння населення, негативні наслідки, які супроводжують соціально-економічні перетворення, стан довкілля, глобалізацію, урбанізацію, некеровану мобільність тощо.

В Україні негативні тенденції щодо зростання поширеності НІЗ набувають загрозливих масштабів. За даними Глобальної обсерваторії ОЗ, стандартизовані за віком і статтю показники смертності населення України від НІЗ становили у 2016 р. 714,7 випадку на 100 тис., у т. ч. чоловічого населення – 965,2 на 100 тис., жіночого – 549,0 на 100 тис. У загальній структурі смертності населення України від НІЗ, 34% – випадки передчасної смертності, у т. ч. у чоловіків – 47%, жінок – 22%.

За даними Державної служби статистики України, результати опитування осіб з 9,3 тис. домогосподарств у жовтні 2016 р. засвідчили, що із загальної кількості опитаних 37,8% мали хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям. Найбільш поширеними були гіпертонічна хвороба та ішемічна хвороба серця. На наявність ГХ вказали 42,8% опитаних, ІХС – 25,1% осіб. Серед усіх хронічно хворих 13,0% страждають на артроз або артрит, 12,7% – на остеохондроз, 7,8% мають в анамнезі хронічний гепатит, жовчнокам'яну хворобу, холецистит, холангіт, цироз печінки, 6,5% – хронічний бронхіт, емфізему легень, 6,0% – мігрені або частий головний біль, 5,6% мають виразку шлунку або 12-палої кишки, 5,0% – алергію.

Серед міських жителів, порівняно із сільськими, більш поширені остеохондроз, хвороби печінки, алергія, хвороби органів травлення, діабет, інсульт та алергічна астма. Найвища частка

хронічних хворих спостерігалася серед жінок та чоловіків працездатного віку.

У структурі захворюваності ХСК серед дорослого населення України в 2017 р. провідні місця посідали гіпертонічна хвороба (39,5%), ішемічна хвороба серця (26,9%) та цереброваскулярна патологія (16,8%).

ХСК на першому місці у структурі первинної інвалідності дорослого населення (23,1%) та в структурі смертності (67,0%). Серед чоловічого населення вони на 27,2% формують показник DALYs, жіночого – на 33%.

Протягом 1991–2019 рр. показник смертності від ХСК в Україні зріс з 488,0 до 988,1 на 100 тис., тобто вдвічі. За стандартизованим за віком і статтю показником смертності від ХСК країна в 1991 р. займала 17-те місце у ЄР ВООЗ, у 2014 р. – вже перше, у працездатному віці – друге.

Причинами нездоров'я через високі рівні захворюваності населення на неінфекційні хвороби є фактори ризику (ФР) їх розвитку. З огляду на епідеміологію, вирішального значення набуває профілактика та корекція ФР розвитку НІЗ, насамперед попередження та скорочення вживання тютюну, алкоголю, контроль артеріального тиску (АТ), підвищення фізичної активності, пропагування і забезпечення здорового харчування тощо.

Особливу увагу слід приділити контролю кров'яного тиску. Відомо, що АТ обумовлює розвиток і ускладнення більшості ССЗ і є причиною 9,4 млн випадків смерті у світі, що становить 12,8% загальної кількості. Проблема поширеності підвищеного кров'яного тиску є надзвичайно гострою в Україні, де цей чинник ризику серцево-судинної патології досягає, за даними національних вибірок, значних показників. За даними Глобальної обсерваторії ОЗ, в Україні підвищений АТ мають 34,9% чоловіків та 30,4% жінок у віці 18 років і старше. Стандартизовані за віком показники становлять 32,3% та 22,3% дорослого чоловічого та жіночого населення.

Вагому роль у боротьбі з епідемією ССЗ відіграє обмеження споживання солі, що є однією з пріоритетних стратегічних дій і вважається одним з найбільш економічно ефективних підходів до запобігання НІЗ.

Ефективність заходів із запобігання НІЗ залежить також від скорочення поширеності куріння. Стандартизовані за віком показники поширеності куріння у 2013 р. становили в Україні 28,3% дорослого населення, у т. ч. 46,9% чоловіків і 13,0% жінок. У рейтингу країн ЄР ВООЗ за поширеністю куріння серед чоловіків Україна посідає 7-е місце.

Нездорове споживання алкоголю населенням суттєво посилює негативні тенденції до зростання НІЗ та смертності. За даними ЄБ ВООЗ, споживання алкоголю в розрахунку на одного мешканця становило в Україні у 2015 р. 11,8 л. Частка пов'язаних з алкоголем причин смерті серед усіх причин смерті становила 34,4%. Україна посідає друге місце серед країн Європи за величиною стандартизованих коефіцієнтів смертності від причин, асоційованих з алкоголем.

Низька фізична активність населення є ще однією надзвичайно важливою проблемою, яка формує тягар нездоров'я українців. За показниками Банку даних Глобальної обсерваторії ОЗ, в Україні 14,4% населення ведуть малорухливий спосіб життя. Серед чоловіків – 12,2%, жінок – 16,2%. З віком поширеність гіподинамії зростає. Протягом 25-річного періоду спостереження частота гіподинамії у популяції вдвічі збільшилась серед чоловіків і в 1,5 разу серед жінок.

Для боротьби з НІЗ важливе значення має корекція надмірної маси тіла та боротьба з ожирінням. В Україні ця проблема набуває пріоритетності. За розрахунковими даними ВООЗ, надмірну масу тіла мають 53% українців, у т. ч. 50,5% чоловіків і 56,0% жінок. При цьому на ожиріння хворіють 21,3% жителів, у т. ч. 15,9% чоловіків і 25,7% жінок.

За даними Глобальної обсерваторії ОЗ, стандартизовані за віком показники ІМТ більше 25 у 2014 р. мали в Україні 57,4% чоловіків і 51,5% жінок, ожиріння – 17,6% та 22,1% відповідно. Впродовж 2000–2014 рр. поширеність надмірної маси тіла збільшилася у популяції чоловіків на 23,7%, жінок – на 5,3%, поширеність ожиріння зросла серед чоловіків на 51,7%, серед жінок – на 15,1%. Причинами значної поширеності вказаних ФР є нездорові харчові звички з переважанням вуглеводів та малорухливість.

Відомо, що більшість НІЗ можна попередити шляхом реалізації заходів зі скорочення ФР, які покладено в основу формування сучасних стратегій і планів боротьби з ними. Вони повинні

включати питання оподаткування тютюнових та алкогольних виробів, зменшення вмісту жиру, солі і цукру в готових харчових продуктах, розвитку і підвищення доступності індустрії дозвілля, занять фізичною культурою і спортом, посилення профілактичних складових у діяльності сектору охорони здоров'я, а також доступності та якості медичної допомоги.

1.4.1. Інсульт – провідна причина смертності в Україні

Національним лихом в Україні є **інсульт**, який посідає друге місце у структурі смертності та лідирує серед причин інвалідації населення України. Тому боротьба з цією хворобою визнана пріоритетом, її лікування включено до гарантованого пакета медичних послуг і оплачуватиметься за підвищеним тарифом.

Українська статистика щороку фіксує майже 100 тис. випадків інсульту, однак, за даними міжнародних експертів, ця цифра значно вища – близько 150 тис. випадків.

Через цю недугу щороку помирають понад 100 тис. українців. За вказаним показником Україна випередила певні країни Європи вдвічі, а деякі й у 10 разів. Кожні 2 секунди інсульт уражає одну людину, кожні 6 секунд він забирає одне людське життя, кожна десята смерть у світі спричинена цією хворобою. Однак суспільство недооцінює небезпеку інсульту, а держава не прораховує збитків від його тягаря як для економіки в цілому, так і для окремих домогосподарств. У світі описане явище отримало назву «катастрофічний фінансовий ефект інсульту». На жаль, статистики щодо глобальних витрат на лікування інсульту в нашій державі немає. А ось європейська організація Stroke Alliance for Europe (SAFE), яка обліковує економічні витрати, пов'язані з інсультом, визначила, що в країнах ЄС такі збитки становлять 45 млрд Євро на рік. І це при тому, що там захворюваність на інсульт значно нижча, ніж у країнах Східної Європи. Цій соціально-економічній проблемі у світі приділяють посилену увагу.

В Україні майже 50% хворих на інсульт помирають упродовж одного року від початку захворювання; близько 30-40% – протягом першого місяця (в країнах Європи – не більше 12-17%); лише близько 20% повертаються до повноцінного життя, а у 75% із тих,

хто вижив, виникають обмеження повсякденної життєдіяльності. Майже третина таких пацієнтів – особи працездатного віку.

Усе починається з профілактики

Відомі 10 основних чинників, які зумовлюють понад 90% випадків інсульту, і на які реально можна впливати. Виконуючи усі запропоновані рекомендації можна досягти зниження частоти інсульту на 80%.

ПРИЧИНИ ІНСУЛЬТУ	
У світі	У країнах центральної та східної Європи
майже 50% усіх випадків інсульту пов'язані з артеріальною гіпертензією	майже 50% усіх випадків інсульту обумовлена високим рівнем холестерину
близько 30% – з низькою фізичною активністю	понад 40% – артеріальною гіпертензією
майже 25% – з нераціональним харчуванням	понад 25% – нераціональним харчуванням
понад 25% – з надмірним рівнем холестерину	близько 20% – хворобами серця (зокрема миготливою аритмією)
близько 20% – з ожирінням	майже 20% – недостатньою фізичною активністю
10% – з курінням	15% – психосоціальними причинами
10% – з миготливою аритмією	15% – курінням
	понад 5% – цукровим діабетом
	близько 5% – ожирінням
	майже 5% – зловживанням алкоголю

До цієї важливої справи повинні передусім долучитися лікарі первинної ланки. Раннє виявлення гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, пропаганда здорового способу життя – їх безпосередній обов'язок. Однак поки що його виконання залежить від сумлінності лікаря. Українська асоціація боротьби з інсультом ініціювала акції з вимірювання артеріального тиску та рівня глюкози в крові безпосередньо на вулицях і в громадських місцях. Згодом ініціативу підтримали в багатьох містах – у такий спосіб було охоплено понад 1,3 млн осіб. При цьому з'ясувалося: кожен третій пацієнт із підвищеним артеріальним тиском не знав про свою проблему, а 37% діагностованих гіпертоніків вживають антигіпертензивні засоби час від часу.

Значною мірою це прорахунки первинної ланки і наслідок відсутності соціальної реклами, спрямованої на збереження здоров'я населення. Обов'язковими порадами пацієнтам є збільшення фізичної активності, споживання корисної їжі, відмови від куріння та зловживання алкоголем.

І тут держава також має впроваджувати дієві заходи, які не потребують додаткових коштів: на законодавчому рівні стимулювати виробників до зменшення вмісту солі, цукру, трансжирів у продуктах харчування, активно пропагувати обмеження цих речовин у раціоні населення, формувати суспільну моду на відмову від алкоголю та куріння. Програма відшкодування вартості ліків також сприятиме зменшенню кількості інсультів.

На жаль, можливості профілактики не безмежні і повністю уникнути інсультів ще нікому в світі не вдалося. Тому проблему інсультів у світі вирішують комплексно, адже лікування пацієнтів – лише частина плану дій у цьому напрямку, і якість лікування повинна бути високою.

Запорукою цього є створення мережі спеціалізованих інсультних відділень, до яких належать інсультні блоки (Stroke Unit) та високоспеціалізовані інсультні центри. Останні – це заклади вищого, третинного рівня, де є все необхідне обладнання для надання допомоги пацієнту з інсультом, у тому числі для проведення внутрішньо-судинного (ендоваскулярного) чи відкритого нейрохірургічного втручання, складної діагностики. Інсультні блоки – заклади дещо нижчого рівня, однак вони також забезпечують якісну допомогу більшості пацієнтам з інсультом. На жаль, в Україні такої мережі наразі не існує. І якщо її не створити, то не можливо буде забезпечити доступну якісну медичну допомогу пацієнтам згаданого профілю.

Послугуючись рекомендаціями Європейської організації інсульту, в Україні визначений і обрахований реальний об'єм мережі: це 120-150 спеціалізованих інсультних блоків і 40–45 інсультних центрів. До 2030 р. мережа повинна бути створена, забезпечена необхідними людськими та матеріально-технічними ресурсами та достатнім об'ємом фінансування.

Також потрібно створити мережу реабілітаційних закладів для інсультних хворих. Вони можуть бути як підрозділами лікарень

(особливо, коли йдеться про ранню реабілітацію), так і окремими структурами.

Вкрай важливо, щоб пацієнт, який вижив після інсульту, виписавшись із стаціонару «не загубився», а звернувся до сімейного лікаря. Цей напрямок можна визначити як *вторинну профілактику інсульту*, яка значною мірою залежить від зусиль і знань медиків первинки. Кожен пацієнт, який переніс інсульт, має перебувати під постійним спостереженням сімейного лікаря. Стратегію вторинної профілактики мають напрацювати відповідні спеціалісти й оновлювати кожні півроку. До того ж у таких пацієнтів зазвичай є кілька супутніх хвороб, рекомендації щодо лікування яких, у повному обсязі, сімейний лікар надати не в змозі. Однак він має слідкувати за цільовими показниками артеріального тиску, холестерину, глюкози крові тощо. Вчасно направляти хворого до відповідного спеціаліста. Адже доведено, що ризик померти протягом першого року від ускладнень інсульту чи його рецидиву в пацієнтів, які перебували під наглядом лікарів, на 25% менший, ніж у тих, хто зникає з поля зору медиків.

На шляху боротьби з інсультом, потрібно об'єднати зусилля усіх. З цією метою в Україні створено робочу групу для розробки національної стратегії боротьби з інсультом та необхідною нормативно-правовою базою. За основу взято стратегічний Європейський план боротьби з інсультом на 2018-2030 роки, який перекладено українською мовою й опубліковано.

Які ж основні вектори руху визначатиме національний план?

Документ охоплює всі етапи – від профілактики інсульту до лікування та реабілітації пацієнта, його життя після інсульту, вторинної профілактики. Також він включає оцінювання якості наданої допомоги, оскільки досягти бажаних результатів можна тільки за умови високого її рівня. У кожному розділі плану визначено окремі цілі: чого слід досягти до 2030 року в напрямку профілактики, у царині лікування при гострому інсульті чи, скажімо, у вторинній профілактиці. Головними визнано 4 цілі. Перша й основна – зменшення кількості випадків інсульту на 10%. При цьому слід врахувати процес старіння населення в Україні й те, що інсульт є вік-залежною хворобою. Тож якщо зараз нічого не змінити, то згідно з прогнозами до 2030 року частота інсультів збільшиться на 35%. З огляду на це, досягнення визначеної цілі

ускладнюється: до 2030 року нам потрібно зменшити кількість випадків інсульту приблизно на 50%.

План дій боротьби з інсультом у Європі на 2018–2030 роки

- 1 – знизити частоту інсультів на 10%;
- 2 – лікувати понад 90% пацієнтів в інсультних блоках;
- 3 – розробити національний план дій;
- 4 – втілити національні стратегії із залученням всіх секторів і рівнів.

Цей план складний, але варто зрозуміти, що дороговартісне лікування інсультів, помножене на зростаючу їх кількість, створить величезні виклики для системи ОЗ та спустошить і без цього обмежені ресурси держави. Тому краще йти на випередження таких витрат, передусім завдяки профілактиці.

План дій боротьби з інсультами значно наблизив Україну до розробки національної стратегії. Якщо Уряд України та міжнародні донори забезпечать відповідне фінансування, то до 2025 р. реально створити мережу спеціалізованих центрів, налагодити їх роботу за європейськими стандартами, а до 2030 р. досягти зменшення смертності та інвалідності внаслідок інсульту, відтак і втрат, котрих зазнає наша держава й суспільство через цю недугу.

1.4.2. Негативний вплив НІЗ на розвиток людського потенціалу

Отже НІЗ є основними причинами смерті та втрачених років здорового життя на глобальному, регіональному та національному рівнях. Вони обумовлюють понад 60% глобального тягаря хвороб у світі, понад 80% – у Європі, у т.ч. в Україні. Частка передчасної смерті становить 34% у загальній структурі смертності в Україні від НІЗ, у т.ч. 47% у чоловіків і 22% – жінок.

Епідемія НІЗ негативно впливає на розвиток людського потенціалу, призводить до медико-соціальних втрат та економічних збитків. В основі розвитку епідемії НІЗ знаходяться вказані вище поведінкові чинники ризику. Україні властива значна їх поширеність, що ставить питання попередження та корекції нездорової поведінки та створення умов для формування навичок здорового способу життя (ЗСЖ) у населення в ранг пріоритетних.

У рейтингу країн ЄР ВООЗ Україна посідає **перше** місце за величиною стандартизованих показників смертності населення внаслідок ХСК та **друге** – з тієї ж причини, серед працездатних; **друге** – за рівнем смертності, асоційованої з алкоголем; **шосте** – внаслідок онкологічних хвороб серед працездатного віку; **сьоме** – за поширеністю куріння серед чоловіків; **п'яте** – за споживанням алкоголю на душу населення.

Нездоровий спосіб життя обумовлює високі рівні захворюваності і смертності від НІЗ, що вимагає обґрунтування та розробки сучасних стратегій і механізмів формування ЗСЖ, профілактики захворювань, надання якісної медичної допомоги.

Широкий діапазон *економічно ефективних заходів* має важливе значення для скорочення поширеності основних чинників ризику розвитку хронічної патології, активного виявлення та результативного лікування людей з НІЗ та захисту осіб з високою ймовірністю їх розвитку. Програми та політика у сфері НІЗ повинні бути узгоджені з національними планами в рамках сильних комплексних систем ОЗ. Заходи Національного плану дій щодо НІЗ повинні бути спрямовані на скорочення поширеності факторів ризику, на впровадження засад ЗСЖ, зниження рівнів смертності та інвалідності; подовження середньої тривалості життя та підвищення рівня благополуччя населення.

Здоров'я є результатом і похідною спільних дій і зусиль усього суспільства. Існує безліч проблем, які загрожують здоров'ю (куріння, недостатня фізична активність, тощо), але насправді *бідність і соціально-економічні негаразди* є найважливішими причинами цього неблагополуччя.

Відомо, що для суспільств, із справедливим розподілом доходів між верствами населення, властива більша соціальна згуртованість і єднання, менше злочинів, пов'язаних із насиллям, менші показники смертності, зокрема, від ССЗ. Тому для зміцнення здоров'я громадян необхідно запроваджувати «освітню» економічну політику, соціальну підтримку для згуртованості і взаємодопомоги. Комплексний дисциплінарний і між секторальний підхід до розвитку системи ОЗ є найбільш дійовим, ефективним і рентабельним.

Зараз, у 21-му столітті, важливо зробити усе необхідне для покращання стану здоров'я 870-мільйонного населення Європейського регіону.

Програма «ЗДОРОВ'Я-21» дає можливість прийняти цей серйозний виклик, шляхом впровадження найкращих стратегій, які є здобутком колективного досвіду країн Європи, накопиченого за останні 10–15 років. Цей досвід показує, що країни із абсолютно різними соціально-політичними, економічними і культурними умовами можуть розробити і впровадити у життя політику *досягнення здоров'я для всіх*, створену для забезпечення високої пріоритетності охорони здоров'я в усіх планах і програмах. Завдяки цьому усі країни виграють від основоположних перетворень і покращань.

Населення багатьох населених пунктів, громад усього Європейського регіону проявило максимум ініціативи і зусиль для зміцнення власного здоров'я. Гарними прикладами цього є вивчення державним, суспільним і приватним секторами можливостей для отримання переваг у плані здоров'я і його охорони. Тисячі професійних працівників системи ОЗ і безліч організацій, у які вони об'єднані, впроваджують новаторські підходи і методи для підвищення якості медичного обслуговування і тісно співпрацюють з представниками інших секторів для пошуку нових шляхів і способів вирішення проблем і подолання труднощів, які виникають.

Гасло «Здоров'я для всіх» реалізується на практиці шляхом цілеспрямованих і ефективних дій на постійній і неперервній основі в усіх 51 країні Регіону. Досвід, технічні навички і величезний інструментарій дозволяють вплинути на основні фактори ризику здоров'я. Для вправного використання цього інструментарію потрібні енергійні, сильні лідери і політична воля.

Здоров'я – це потужна політична платформа, тому ті, хто буде впроваджувати у життя програму «Здоров'я-21», зможуть:

- отримати вигоду від забезпечення рівноправ'я і справедливості у питаннях охорони здоров'я;
- зміцнювати здоров'я і підвищувати продуктивність протягом усього життя;
- зменшувати тягар нездоров'я і травматизму;
- вивільняти нові ресурси при між секторальній співпраці;
- вигравати від підвищення якості і економічної ефективності МСД;
- відповідально ставитись до здоров'я і його факторів ризику.

У роботі використано показники здоров'я за 2014–2020 рр., надані ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» та Державною службою статистики України, розраховані з урахуванням постійного населення України (без урахування тимчасово окупованих територій у Донецькій і Луганській областях та АР Крим).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Інструкції по сохранению психического здоровья / Департамент ВОЗ «Психическое здоровье и использование психоактивных веществ» // <https://www.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3>.
2. Міщенко Л.А. Лікуємо гіпертонію в умовах пандемії. Інтерв'ю із завідуючою відділенням гіпертонічної хвороби ДУ «ННЦ Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска» НАМН України // Сайт НАМН України, 15.05.2020 р.
3. Пархоменко О.М. Кардіологічні патології і COVID-19. Як зберегти життя пацієнта? Інтерв'ю із завідуючим відділом реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України // Сайт НАМН України, 29.04.2020 р.
4. Тернова Світлана. Інсульт в Україні стає національним лихом / газета «Ваше здоров'я», 29/10/2019.
5. Тернова Світлана. Створення мережі інсультних центрів – невідкладне завдання. Інтерв'ю із завідувачем інсультним центром клініки «Оберіг» Юрієм Фломінім / газета «Ваше здоров'я», 30/10/2019.
6. Том Калвер, Нассос Стиліану «Хто, де і скільки: 9 фактів про тривалість життя у світі» / Проект "Глобальний тягар захворювань" (Global Burden of Disease) / Інститут показників та оцінки здоров'я (IHME) // <https://www.bbc.com/Ukrainian/features-44127764>.
7. Корнацький В.М., Дорогой А.П., Манойленко Т.С. та співавт. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах / Посібник. Київ, 2017 р., Друкарня «ГОРДОН» – 300 с.
8. Корнацький В.М., Дяченко Л.О., Манойленко Т.С. та співавт. Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні / Посібник. Київ, 2018 р., Друкарня «ГОРДОН» – 214 с.
9. Корнацький В., Кириченко А., Дорогой А., Манойленко Т. та співавт. Стрес і хвороби системи кровообігу / Посібник. – Київ, 2015 р., «ГОРДОН». – 354 с.

10. Корнацький В., Манойленко Т., Дорохіна А. та співавт. Стан здоров'я народу України. Нові загрози та виклики / Посібник (електронна версія). – Київ, 2020 р., Друкарня «ГОРДОН» – 197 с.

11. Корнацький В., Манойленко Т., Дорохіна А. та співавт. Медико-соціальні проблеми здоров'я в умовах пандемії COVID-19 / Посібник. – Черкаси, 2021 р., Видавець Третяков О.М. – 238 с.

12. Кошель Н.М., Писарчук А.В., Писарчук Л.В. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в странах Европы: связь с состоянием системы здравоохранения (медико-демографическое исследование) / Проблемы старения и долголетия. – № 1. – 2019. – С. 66–79.

13. Дані глобального опитування «Кінець року» / Асоціація Gallup International, Київський міжнародний інститут соціології, лютий 2020 р.

14. Мельник П.С., Слабкий Г.О., Дзюба О.М. та співавт. / Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 р. / Київ, 2017. – 516 с.

15. Статистичні довідники МОЗ України за 1995–2019 роки.

16. Європейська база даних ЗДВ, листопад 2018 року.

17. Європейська деталізована база даних по смертності (ЄДБДС, 2017 р.).

18. World Population Prospects 2019, сайт ВООЗ, 2019 р.

19. Prevention and epidemiology European Society of Cardiology Cardiovascular Disease Statistics 2017 / European Heart Journal (2018) 39, 508–577.

ДОДАТОК 1

*Таблиця 1. Очікувана тривалість життя при народженні
(обидві статі) **

Країна	Тривалість життя (років)					
	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.
Україна	69,94	70,54	66,86	67,86	67,30	72,5
Російська Фед.	68,31	69,28	64,67	65,43	65,37	71,9
Польща	70,64	71,01	72,01	73,86	75,12	77,8
Велика Британія	74,67	75,92	76,78	78,06	79,29	81,4
Німеччина	-	75,54	76,84	78,42	79,54	81,0
Франція	75,99	77,62	78,71	79,35	80,49	82,9
Фінляндія	74,49	75,13	76,75	77,88	79,36	81,4
Нідерланди	76,55	77,19	77,70	78,29	79,67	81,6
Греція	76,00	77,19	77,82	78,2x3	79,32	81,2
Швеція	76,84	77,77	79,07	79,92	80,82	82,4
Італія	75,69	77,20	78,39	79,75	81,58	82,8
Євросоюз	74,66	75,54	76,56	77,50	78,71	81,0

*Таблиця 2. Різниця у тривалості життя
між жінками і чоловіками **

Країна	Різниця у тривалості життя (років)					
	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.
Україна	8,80	9,31	11,27	11,32	11,85	9,5
РФ.	10,57	10,63	13,41	13,21	13,42	10,8
СНД	9,36	9,58	11,45	11,13	11,28	9,8
Польща	8,31	9,06	8,77	8,50	8,61	7,8
Велика Британія	5,81	5,75	5,32	4,83	4,29	3,5
Німеччина	-	6,55	6,61	6,10	5,31	4,6
Франція	8,31	8,40	8,18	7,66	7,01	5,6
Фінляндія	8,54	8,05	7,54	6,99	6,96	5,5
Нідерланди	6,79	6,42	5,89	5,11	4,47	3,2
Греція	4,99	4,84	5,23	5,22	4,84	5,0
Швеція	6,06	5,72	5,44	4,75	4,42	3,5
Італія	6,58	6,72	6,57	6,03	5,87	4,4
Євросоюз	6,89	7,07	7,07	6,55	6,12	5,1

*Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 8 вересня 2020 року*

Таблиця 3. Динаміка народжуваності в Україні і країнах Європи *

Країна	Народжуваність (%)					
	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.
Україна	14,98	12,73	9,61	7,82	9,08	9,2
РФ.	16,61	13,45	9,28	8,77	10,2	13,2
Білорусь	16,6	13,9	9,9	9,4	9,2	12,4
СНД	19,53	16,89	12,89	11,08	12,34	8,8
Польща	18,28	14,37	11,22	9,89	9,55	9,9
Угорщина	12,2	12,1	10,8	9,6	9,7	9,5
Велика Британія	13,27	13,95	12,61	11,53	11,99	11,9
Німеччина	-	11,41	9,37	9,33	8,32	9,8
Франція	13,93	13,44	12,55	13,13	12,67	11,5
Фінляндія	12,81	13,18	12,35	10,96	11,01	9,6
Нідерланди	12,29	13,24	12,32	12,97	11,51	10,2
Греція	11,73	10,06	9,71	9,46	9,69	8,5
Швеція	11,79	14,48	11,71	10,19	11,22	11,7
Італія	10,31	10,07	9,18	9,54	9,45	7,7
Євросоюз	12,83	12,33	10,79	10,57	10,40	10,1

Таблиця 4. Динаміка смертності в Україні і країнах Європи *

Країна	Смертність (%)					
	1985 р.	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.
Україна	12,13	12,19	15,46	15,39	16,66	13,9
РФ	11,36	11,20	15,00	15,40	16,10	13,5
Білорусь	10,6	10,7	13,0	13,5	14,5	12,8
СНД	10,61	10,31	13,19	13,10	13,64	11,3
Польща	10,25	10,19	10,01	9,62	9,65	10,4
Угорщина	13,9	14,0	14,1	13,3	13,5	12,9
Велика Британія	11,86	11,21	11,12	10,33	9,68	9,3
Німеччина	-	11,61	10,83	10,21	10,07	11,3
Франція	10,01	9,27	9,14	9,01	8,65	8,7
Фінляндія	9,86	10,04	9,66	9,53	9,10	9,5
Нідерланди	8,47	8,62	8,78	8,82	8,36	8,7
Греція	9,35	9,27	9,58	9,63	9,46	10,4
Швеція	11,26	11,12	10,61	10,54	10,16	9,4
Італія	9,58	9,43	9,72	9,84	9,48	10,3
Євросоюз	10,56	10,36	10,22	10,01	9,81	10,2

Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 8 вересня 2020 року

**Таблиця 5. Показники смертності в Україні і Європі
на 1.01.2017 р.***

Показник	Україна	Європа	Країни Євросоюзу
Тривалість життя	72,5	77,7	81,0
Смертність населення усіх вікових груп на 100 000:			
Усі причини смерті	1004	718	561
Хвороби системи кровообігу	635	315	190
Ішемічна хвороба серця	433	143	67
Судинні ураження мозку	126	77	42
Інші хвороби системи кровообігу	76	95	81

**Таблиця 6. Стандартизований за віком і статтю показник смертності від хвороб системи кровообігу
(на 100 000 населення)***

Країна	Серед усього населення				0–64 роки			
	1990	1995	2000	2016	1990	1995	2000	2016
Україна	589,0	780,2	790,7	635	154,2	230,6	217,2	156
РФ	668,7	799,1	798,7	547	172,1	264,4	256,7	171
СНД	628,9	775,5	771,5	568	167,3	245,9	232,3	161
Польща	589,2	532,2	444,0	302	157,4	133,6	105,4	71
Велика Британія	365,2	319,9	260,2	135	86,5	70,3	55,4	31
Німеччина	398,6	343,8	292,5	191	75,7	64,1	50,1	33
Франція	205,6	182,7	167,4	97	40,8	35,6	32,1	20
Фінляндія	414,5	354,0	291,8	182	98,5	73,4	62,2	36
Нідерланди	291,1	269,3	233,8	124	61,0	54,3	46,3	20
Греція	370,8	340,9	312,5	188	65,3	59,2	56,1	44
Швеція	339,7	295,9	255,3	157	59,6	49,8	40,4	24
Італія	302,7	269,9	231,8	152	51,5	46,1	37,6	24
Євросоюз	373,6	331,5	281,0	190	80,1	69,2	55,6	38

*Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 8 вересня 2020 року*

Таблиця 7. Стандартизований за віком і статтю показник смертності від ішемічної хвороби серця (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0–64 роки			
	1990	1995	2000	2016	1990	1995	2000	2016
Україна	317,1	465,8	505,5	433	83,5	130,0	128,0	93
РФ	325,4	381,0	375,4	289	93,4	141,0	130,2	86
СНД	330,6	411,2	408,8	306	90,6	132,1	120,5	80
Польща	121,0	107,1	141,0	69	65,7	51,9	45,4	20
Велика Британія	215,7	182,1	140,4	62	61,6	46,4	34,0	17
Німеччина	153,0	151,2	126,9	71	37,0	32,9	24,3	14
Франція	61,9	53,6	49,4	25	16,0	13,2	12,0	7
Фінляндія	238,7	207,4	176,5	95	62,2	44,2	37,3	17
Нідерланди	130,2	110,5	85,6	29	35,3	27,8	21,5	6
Греція	95,6	90,4	84,6	60	31,4	30,6	30,4	25
Швеція	185,8	158,1	123,8	63	38,3	30,8	23,5	12
Італія	94,2	87,3	73,8	49	24,2	20,0	15,5	9
Євросоюз	142,1	129,4	111,8	67	40,8	34,3	26,8	16

Таблиця 8. Стандартизований за віком і статтю показник смертності від судинних уражень мозку (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0–64 роки			
	1990	1995	2000	2016	1990	1995	2000	2016
Україна	191,2	229,1	197,6	126	45,3	64,2	54,5	31,8
РФ	245,6	289,2	298,5	167	50,2	71,7	70,7	37,4
СНД	213,7	251,2	244,8	148	48,9	66,9	61,3	36
Польща	73,1	78,8	103,6	52	23,7	22,9	23,8	12
Велика Британія	89,2	75,3	62,5	32	13,1	11,4	9,3	5,2
Німеччина	87,6	78,3	58,6	30	11,2	10,5	7,7	4,6
Франція	55,4	45,3	39,0	22	9,2	7,6	6,4	4,1
Фінляндія	99,4	90,9	66,9	40	18,9	14,3	11,5	6,8
Нідерланди	67,3	62,0	56,1	30	9,6	8,9	8,2	4,1
Греція	134,4	122,9	108,7	54	14,1	13,7	12,6	7,5
Швеція	69,3	61,0	58,1	30	9,6	7,9	7,3	3,5
Італія	91,6	74,9	63,0	38	11,8	9,5	7,2	4,3
Євросоюз	93,0	80,5	69,6	42	15,1	13,2	10,9	7

*Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 8 вересня 2020 року*

Таблиця 9. Смертність від усіх причин в країнах Європи **

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100 000 нас.)	Показник смертності (на 100 000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	511,3	915,9	78252	100,0
Німеччина	2014	537,5	1072,3	868356	100,0
Франція	2013	476,2	872,1	556247	100,0
Італія	2012	483,2	1030,4	613520	100,0
Фінляндія	2014	529,2	959,6	52409	100,0
Нідерланди	2013	522,5	840,5	141245	100,0
Швеція	2014	482,6	918,5	89062	100,0
Велика Британія	2013	536,9	899,2	576458	100,0
Угорщина	2014	826,9	1280,2	126308	100,0
Польща	2014	698,6	990,5	376467	100,0
Болгарія	2013	883,9	1436,2	104345	100,0
Грузія	2014	984,4	1317,1	49087	100,0
Казахстан	2015	1041,8	746,9	131029	100,0
Узбекистан	2014	955,4	486,9	149761	100,0
РФ	2011	1133,9	1347,0	1925720	100,0
Україна	2014	1076,6	1476,2	632296	100,0

Таблиця 10. Смертність від усіх новоутворень (в т. ч. злоякісних) **

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	154,9	247,7	21160	27,0
Німеччина	2014	157,7	285,0	230771	26,6
Франція	2013	158,0	250,5	159767	28,7
Італія	2012	161,9	297,9	177353	28,9
Фінляндія	2014	132,6	224,7	12270	23,4
Нідерланди	2013	176,7	262,8	44156	31,3
Швеція	2014	142,1	240,7	23337	26,2
Велика Британія	2013	169,3	258,7	165842	28,8
Угорщина	2014	233,3	337,4	33292	26,4
Польща	2014	195,7	264,0	100329	26,7
Болгарія	2013	166,1	251,5	18274	17,5
Грузія	2014	128,4	150,9	5625	11,5
Казахстан	2015	127,6	93,8	16453	12,6
Узбекистан	2014	72,5	40,0	12314	8,2
РФ	2011	175,2	204,6	292445	15,2
Україна	2014	154,6	195,9	83894	13,3

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)

*Таблиця 11. Смертність від інфекційних і паразитарних хвороб***

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	5,1	8,3	712	0,9
Німеччина	2014	10,9	22,2	17987	2,1
Франція	2013	8,7	16,7	10666	1,9
Італія	2012	10,6	21,1	12546	2,0
Фінляндія	2014	3,2	5,7	310	0,6
Швеція	2014	10,5	21,8	2114	2,4
Велика Британія	2013	6,0	9,8	6265	1,1
Угорщина	2014	5,6	8,2	810	0,6
Польща	2014	3,9	5,1	1923	0,5
Болгарія	2013	5,8	7,1	518	0,5
Грузія	2014	13,9	14,9	554	1,1
Республіка Молдова	2014	12,8	13,2	471	1,2
Казахстан	2015	9,2	8,6	1508	1,2
Узбекистан	2014	12,9	9,9	3053	2,0
Україна	2017	-	20,5	9126	1,7

*Таблиця 12. Смертність від хвороб нервової системи***

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	16,5	31,0	2646	3,4
Німеччина	2014	16,0	31,9	25858	3,0
Франція	2013	25,5	54,9	34987	6,3
Італія	2012	18,6	41,9	24955	4,1
Фінляндія	2014	67,2	144,9	7916	15,1
Нідерланди	2013	23,8	39,9	6701	4,7
Швеція	2014	21,1	42,1	4083	4,6
Велика Британія	2013	23,1	40,2	25776	4,5
Угорщина	2014	11,8	17,7	1747	1,4
Польща	2014	9,8	13,7	5190	1,4
Болгарія	2013	9,0	13,2	959	0,9
Грузія	2014	13,3	16,1	599	1,2
Казахстан	2015	95,6	61,8	10838	8,3
Узбекистан	2014	10,9	8,6	2632	1,8
РФ	2011	11,9	13,3	18969	1,0
Україна	2014	12,0	13,7	5882	0,9

*Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)*

Таблиця 13. Хвороби ендокринної системи та обміну речовин**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	26,0	46,4	3963	5,1
Німеччина	2014	17,3	36,1	29270	3,4
Франція	2013	15,2	30,6	19486	3,5
Італія	2012	20,9	46,4	27633	4,5
Фінляндія	2014	7,7	12,4	679	1,3
Нідерланди	2013	13,8	22,5	3777	2,7
Швеція	2014	13,1	24,7	2398	2,7
Велика Британія	2013	7,8	12,4	7974	1,4
Угорщина	2014	18,6	29,4	2902	2,3
Польща	2014	13,1	19,0	7206	1,9
Болгарія	2013	11,8	19,9	1446	1,4
Грузія	2014	24,3	30,2	1127	2,3
Казахстан	2015	32,6	22,4	3929	3,0
Киргизія	2013	14,2	7,3	419	1,2
Україна	2017	-	5,2	2138	0,4

Таблиця 14. Смертність від зовнішніх причин**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	34,7	49,9	4264	5,4
Німеччина	2014	27,6	42,8	34667	4,0
Франція	2013	38,5	56,3	35940	6,5
Італія	2012	24,5	39,9	23775	3,9
Фінляндія	2014	48,6	63,7	3477	6,6
Нідерланди	2013	27,6	38,3	6443	4,6
Швеція	2014	35,9	49,9	4841	5,4
Велика Британія	2013	27,6	34,7	22264	3,9
Угорщина	2014	46,1	59,7	5888	4,7
Польща	2014	48,5	56,3	21400	5,7
Болгарія	2013	31,7	38,1	2765	2,6
Грузія	2014	46,4	51,9	1934	3,9
Казахстан	2015	88,5	82,5	14468	11,0
Узбекистан	2014	33,2	29,9	9208	6,1
РФ	2011	126,8	139,4	199358	10,4
Україна	2014	85,4	93,7	40135	6,4

*Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)*

Таблиця 15. Смертність від хвороб системи кровообігу в країнах Європи серед всього населення**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	187,5	387,8	33136	42,3
Німеччина	2014	186,3	417,4	338056	38,9
Франція	2013	101,6	217,8	138945	25,0
Італія	2012	159,0	386,6	230160	37,5
Фінляндія	2014	181,8	359,7	19643	37,5
Нідерланди	2013	133,0	228,9	38463	27,2
Швеція	2014	159,0	335,7	32548	36,5
Велика Британія	2013	140,7	249,3	159795	27,7
Угорщина	2014	380,5	636,4	62786	49,7
Польща	2014	292,4	446,6	169734	45,1
Болгарія	2013	541,1	934,7	67910	65,1
Грузія	2014	386,1	553,2	20619	42,0
Казахстан	2015	281,4	193,7	33989	25,9
Узбекистан	2014	666,0	295,4	90857	60,7
РФ	2011	613,3	753,0	1076458	55,9
Україна	2014	673,7	993,7	425607	67,3

Таблиця 16. Смертність від гіпертонічної хвороби серця (усі форми) в Європі**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	8,6	19,1	1633	2,1
Німеччина	2014	6,4	14,8	11999	1,4
Франція	2013	3,3	7,3	4662	0,8
Італія	2012	6,0	14,8	8839	1,4
Фінляндія	2014	2,0	4,6	253	0,5
Нідерланди	2013	2,6	4,3	729	0,5
Швеція	2014	4,0	9,1	884	1,0
Велика Британія	2013	1,2	2,5	1616	0,3
Угорщина	2014	13,0	22,8	2250	1,8
Польща	2014	1,7	2,6	971	0,3
Болгарія	2013	18,4	32,3	2349	2,3
Грузія	2014	8,2	12,3	457	0,9
Казахстан	2015	1,6	1,2	211	0,2
Узбекистан	2014	10,5	4,6	1405	0,9
РФ	2011	14,8	18,2	26016	1,4
Україна	2014	1,1	1,3	578	0,09

*Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)*

Таблиця 17. Смертність від ішемічної хвороби серця (усі форми)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	83,6	167,2	14285	18,3
Німеччина	2014	68,9	149,6	121166	14,0
Франція	2013	26,7	52,4	33438	6,0
Італія	2012	53,9	126,1	75098	12,2
Фінляндія	2014	95,1	189,3	10337	19,7
Нідерланди	2013	33,5	55,1	9266	6,6
Швеція	2014	64,3	129,7	12573	14,1
Велика Британія	2013	67,0	113,9	73024	12,7
Угорщина	2014	194,2	325,7	32139	25,4
Польща	2014	68,7	101,4	38538	10,2
Болгарія	2013	103,5	174,5	12678	12,2
Грузія	2014	113,0	160,6	5986	12,2
Казахстан	2015	105,1	71,7	12573	9,6
Узбекистан	2014	309,3	136,2	41892	28,0
РФ	2011	323,2	397,4	568182	29,5
Україна	2014	457,2	680,4	291445	46,1

Таблиця 18. Смертність від інфаркту міокарда (гострий і повторний)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	30,1	53,3	4554	5,8
Німеччина	2014	30,8	61,9	50104	5,8
Франція	2013	13,2	23,5	14966	2,7
Італія	2012	22,3	46,5	27692	4,5
Фінляндія	2014	33,2	65,2	3560	6,8
Нідерланди	2013	21,0	33,9	5690	4,0
Швеція	2014	30,8	58,9	5715	6,4
Велика Британія	2013	26,5	44,2	28362	4,9
Угорщина	2014	39,5	60,5	5972	4,7
Польща	2014	25,5	35,5	13507	3,6
Болгарія	2013	43,5	68,4	4967	4,8
Грузія	2014	38,6	50,0	1862	3,8
Казахстан	2015	19,1	13,5	2374	1,8
Узбекистан	2014	46,3	23,0	7087	4,7
Україна	2015	-	23,5	10063	1,7

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)

Таблиця 19. Раптова серцева смерть **

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	1,2	1,9	161	0,2
Німеччина	2014	2,8	5,1	4162	0,5
Франція	2013	3,9	7,5	4801	0,9
Італія	2012	4,1	7,6	4525	0,7
Фінляндія	2014	0,1	0,1	7	0,0
Нідерланди	2013	7,6	11,9	1996	1,4
Швеція	2014	1,0	2,1	206	0,2
Велика Британія	2013	0,2	0,3	165	0,0
Угорщина	2014	0,3	0,3	31	0,0
Польща	2014	15,1	19,1	7259	1,9
Болгарія	2013	11,5	17,9	1304	1,2
Грузія	2014	11,7	15,6	580	1,2
Казахстан	2015	1,7	1,3	228	0,2
Узбекистан	2014	4,8	2,7	822	0,5

Таблиця 20. Смертність від пароксизмальної тахікардії; фібриляції і тріпотіння передсердь; інших серцевих аритмій *

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	6,6	15,0	1280	1,6
Німеччина	2014	10,7	25,7	20834	2,4
Франція	2013	8,1	19,2	12234	2,2
Італія	2014	2,2	4,9	267	0,5
Фінляндія	2012	6,3	16,5	9839	1,6
Нідерланди	2013	7,3	13,2	2212	1,6
Швеція	2014	11,6	27,6	2679	3,0
Велика Британія	2013	4,6	9,4	6037	1,0
Угорщина	2014	3,6	6,5	644	0,5
Польща	2014	2,7	4,3	1641	0,4
Болгарія	2013	9,0	15,9	1152	1,1
Грузія	2014	30,8	42,8	1597	3,3
Казахстан	2015	1,4	1,0	169	0,1
Узбекистан	2014	1,1	0,5	144	0,1

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)

Таблиця 21. Смертність від серцевої недостатності*

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	10,5	24,0	2048	2,6
Німеччина	2014	22,9	55,0	44551	5,1
Франція	2013	11,9	29,3	18672	3,4
Італія	2012	5,5	14,1	8368	1,4
Фінляндія	2014	1,4	3,2	173	0,3
Нідерланди	2013	22,6	41,9	7039	5,0
Швеція	2013	4,7	9,6	6129	1,1
Велика Британія	2014	2,7	2,8	85	0,3
Угорщина	2014	9,0	15,9	1565	1,2
Польща	2014	64,4	98,8	37564	10,0
Болгарія	2013	153,9	262,9	19100	18,3
Грузія	2014	29,0	41,5	1548	3,2
Казахстан	2015	9,4	6,5	1143	0,9
Узбекистан	2014	24,8	11,5	3533	2,4

Таблиця 22. Смертність від цереброваскулярних хвороб (усе населення)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	28,4	57,9	4944	6,3
Німеччина	2014	30,1	68,2	55232	6,4
Франція	2013	23,0	49,6	31617	5,7
Італія	2012	40,8	102,9	61255	10,0
Фінляндія	2014	40,1	81,1	4428	8,4
Нідерланди	2013	32,0	55,9	9400	6,7
Швеція	2014	31,8	67,9	6588	7,4
Велика Британія	2013	33,4	62,8	40287	7,0
Угорщина	2014	74,8	125,6	12390	9,8
Польща	2014	53,9	81,6	31009	8,2
Болгарія	2013	157,5	281,7	20463	19,6
Грузія	2014	105,9	154,1	5745	11,7
Казахстан	2015	107,4	71,8	12591	9,6
Узбекистан	2014	103,2	46,4	14261	9,5
РФ	2011	187,0	232,8	332804	17,3
Україна	2014	139,4	205,2	87890	13,9

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)

Таблиця 23. Смертність від інсульту (усі форми)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	25,3	51,0	4355	5,6
Німеччина	2014	23,6	52,8	42730	4,9
Франція	2013	20,1	42,9	27375	4,9
Італія	2012	23,1	55,4	32967	5,4
Фінляндія	2014	29,9	59,1	3228	6,2
Нідерланди	2013	26,1	45,5	7644	5,4
Швеція	2014	22,7	47,0	4554	5,1
Велика Британія	2013	26,8	49,2	31561	5,5
Угорщина	2014	50,2	81,8	8069	6,4
Польща	2014	42,6	63,6	24166	6,4
Болгарія	2013	115,3	203,5	14785	14,2
Грузія	2014	90,2	130,5	4863	9,9
Казахстан	2015	57,6	41,0	7189	5,5
Узбекистан	2014	79,7	36,0	11079	7,4
Україна	2015	96,0	78,9	33753	5,7

Таблиця 24. Смертність від внутрішньомозкового крововиливу (ВМК)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	5,8	10,6	904	1,2
Німеччина	2014	4,5	9,4	7650	0,9
Франція	2013	5,5	10,8	6863	1,2
Італія	2012	7,2	15,3	9134	1,5
Фінляндія	2014	8,6	15,7	857	1,6
Нідерланди	2013	5,5	9,2	1540	1,1
Швеція	2014	5,9	10,8	1044	1,2
Велика Британія	2013	4,9	8,2	5288	0,9
Угорщина	2014	13,0	19,7	1946	1,5
Польща	2014	10,5	14,6	5549	1,5
Болгарія	2013	18,9	30,6	2220	2,1
Грузія	2014	20,9	28,1	1046	2,1
Казахстан	2015	23,6	17,5	3076	2,3
Узбекистан	2014	37,0	16,7	5139	3,4
Україна	2015	-	31,0	10888	1,8

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)

Таблиця 25. Смертність від субарахноїдального крововиливу (САК)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	2,2	3,1	266	0,3
Німеччина	2014	1,4	2,2	1812	0,2
Франція	2013	1,5	2,0	1300	0,2
Італія	2012	1,1	1,8	1067	0,2
Фінляндія	2014	3,4	4,9	266	0,5
Нідерланди	2013	1,6	2,2	370	0,3
Швеція	2014	1,5	2,2	216	0,2
Велика Британія	2013	2,4	3,1	1964	0,3
Угорщина	2014	2,5	3,2	313	0,2
Польща	2014	2,7	3,3	1243	0,3
Болгарія	2013	2,0	2,9	212	0,2
Грузія	2014	9,2	12,8	477	1,0
Казахстан	2015	3,4	2,6	462	0,4
Узбекистан	2014	2,3	1,1	327	0,2
Україна	2015	-	3,0	1039	0,2

Таблиця 26. Смертність від інших нетравматичних ВМК**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	0,7	1,5	127	0,2
Німеччина	2014	0,7	1,5	1217	0,1
Франція	2013	0,5	1,1	708	0,1
Італія	2012	0,6	1,4	841	0,1
Фінляндія	2014	0,2	0,4	22	0,0
Нідерланди	2013	0,7	1,2	201	0,1
Швеція	2014	0,6	1,1	106	0,1
Велика Британія	2013	1,6	2,8	1782	0,3
Угорщина	2014	0,5	0,9	86	0,1
Польща	2014	0,4	0,6	214	0,1
Болгарія	2013	1,5	2,4	172	0,2
Грузія	2014	0,5	0,8	28	0,1
Казахстан	2015	0,9	0,7	121	0,1
Узбекистан	2014	0,7	0,3	96	0,1

*Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)*

Таблиця 27. Смертність від ішемічного інсульту**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	6,4	13,3	1134	1,4
Німеччина	2014	8,3	18,9	15298	1,8
Франція	2013	4,8	10,8	6899	1,2
Італія	2012	1,9	4,8	2864	0,5
Фінляндія	2014	16,4	35,3	1927	3,7
Нідерланди	2013	4,8	8,1	1360	1,0
Швеція	2014	7,1	15,3	1480	1,7
Велика Британія	2013	3,7	6,8	4345	0,8
Угорщина	2014	29,3	49,8	4915	3,9
Польща	2014	19,2	30,0	11400	3,0
Болгарія	2013	55,7	100,4	7292	7,0
Грузія	2014	21,3	30,0	1117	2,3
Казахстан	2015	25,7	17,5	3064	2,3
Узбекистан	2014	14,9	6,7	2074	1,4
Україна	2015	-	53,2	18686	3,2

Таблиця 28. Смертність від інсульту неуточненого (ВМК/інфаркт мозку)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	10,2	22,5	1924	2,5
Німеччина	2014	8,6	20,7	16753	1,9
Франція	2013	7,7	18,2	11605	2,1
Італія	2012	12,2	32,0	19061	3,1
Фінляндія	2014	1,2	2,9	156	0,3
Нідерланди	2013	13,5	24,8	4173	3,0
Швеція	2014	7,6	17,6	1708	1,9
Велика Британія	2013	14,2	28,4	18182	3,2
Угорщина	2014	4,7	8,2	809	0,6
Польща	2014	9,8	15,2	5760	1,5
Болгарія	2013	37,2	67,3	4889	4,7
Грузія	2014	38,3	58,9	2195	4,5
Казахстан	2015	4,0	2,7	466	0,4
Узбекистан	2014	24,8	11,2	3443	2,3
Україна	2015	-	8,9	3114	0,5

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)

Таблиця 29. Смертність від інших цереброваскулярних хвороб**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	1,6	3,5	302	0,4
Німеччина	2014	2,3	5,6	4543	0,5
Франція	2013	0,8	1,6	1048	0,2
Італія	2012	8,5	22,6	13446	2,2
Фінляндія	2014	0,9	1,9	103	0,2
Нідерланди	2013	0,4	0,7	120	0,1
Швеція	2014	2,4	5,7	553	0,6
Велика Британія	2013	5,1	10,5	6761	1,2
Угорщина	2014	14,1	25,8	2541	2,0
Польща	2014	4,3	7,1	2706	0,7
Болгарія	2013	20,4	37,8	2747	2,6
Грузія	2014	6,0	8,8	329	0,7
Казахстан	2015	42,5	25,8	4535	3,5
Узбекистан	2014	15,1	6,4	1960	1,3

Таблиця 30. Смертність від ускладнень, пов'язаних з цереброваскулярними хворобами**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	1,6	3,4	287	0,4
Німеччина	2014	4,2	9,8	7959	0,9
Франція	2013	2,2	5,0	3194	0,6
Італія	2012	9,2	24,9	14842	2,4
Фінляндія	2014	9,4	20,1	1097	2,1
Нідерланди	2013	5,5	9,7	1636	1,2
Швеція	2014	6,7	15,3	1481	1,7
Велика Британія	2013	1,5	3,1	1965	0,3
Угорщина	2014	10,5	18,0	1780	1,4
Польща	2014	7,0	10,9	4137	1,1
Болгарія	2013	21,9	40,3	2931	2,8
Грузія	2014	9,8	14,8	553	1,1
Казахстан	2015	7,3	4,9	867	0,7
Узбекистан	2014	8,4	4,0	1222	0,8

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)

Таблиця 31. Смертність від транзиторних церебральних ішемічних атак і пов'язаних з ними синдроми **

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	0,1	0,2	20	0,0
Німеччина	2014	0,0	0,1	42	0,0
Франція	2013	0,0	0,1	33	0,0
Італія	2012	0,1	0,3	199	0,0
Фінляндія	2014	0,0	0,0	1	0,0
Нідерланди	2013	0,1	0,2	33	0,0
Швеція	2014	0,0	0,1	12	0,0
Велика Британія	2013	0,1	0,2	111	0,0
Угорщина	2014	0,0	0,1	5	0,0
Польща	2014	0,0	0,0	2	0,0
Болгарія	2013	0,0	0,0	1	0,0
Грузія	2014	0,5	0,6	24	0,0
Казахстан	2015	8,2	5,3	923	0,7
Узбекистан	2014	0,0	0,0	4	0,0

Таблиця 32. Смертність від атеросклерозу **

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% усіх смертей
Австрія	2014	1,6	3,8	321	0,4
Німеччина	2014	3,4	8,3	6719	0,8
Франція	2013	0,5	1,1	696	0,1
Італія	2012	1,0	2,7	1581	0,3
Фінляндія	2014	3,9	8,6	468	0,9
Нідерланди	2013	2,7	4,6	776	0,5
Швеція	2014	2,5	5,7	552	0,6
Велика Британія	2013	0,2	0,3	215	0,04
Угорщина	2014	13,1	22,9	2258	1,8
Польща	2014	55,0	93,5	35553	9,4
Болгарія	2013	16,5	30,2	2191	2,1
Грузія	2014	1,6	2,7	101	0,21
Казахстан	2015	11,1	6,6	1162	0,9
Узбекистан	2014	31,4	12,8	3949	2,6
РФ	2011	15,2	19,3	27639	1,4
Україна	2014	29,1	46,5	19931	3,2

*Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.)*

Таблиця 33. Стандартизований за віком і статтю показник смертності від усіх причин та основних неінфекційних хвороб (на 100 тисяч населення)*

Країни	на 1.01.2017 р.	
	Усі причини, усе населення	Основні неінфекційні хвороби 30–69 років
Україна	1004	655,8
Російська Федерація	1065	697,5
Білорусь	971	605,1
СНД	1043	652,0
Болгарія	915	547,4
Польща	715	399,3
Угорщина	823	540,9
Фінляндія	529	219,4
Франція	457	219,1
Німеччина	557	251,5
Італія	447	222,0
Нідерланди	517	236,7
Швеція	492	193,1
Великобританія	540	244,1
ЄС	561	275,8

Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 8 вересня 2020 року

Таблиця 34. Структура смертності населення в країнах світу

Назви нозологій	К-ть випадків смерті (в млн)	% випадків смерті
Шемічна хвороба серця	7,25	12,8
Інсульт та ін. цереброваскулярні хвороби	6,15	10,8
Інфекції нижніх дихальних шляхів	3,46	6,1
Хронічна обструктивна хвороба легень	3,28	5,8
Діарейні хвороби	2,46	4,3
ВІЛ/СНІД	1,78	3,1
Рак трахеї, бронхів і легень	1,39	2,4
Туберкульоз	1,34	2,4
Цукровий діабет	1,26	2,2
Дорожньо-транспортні аварії	1,21	2,1

Таблиця 35. Діяльність і витрати охорони здоров'я в країнах Європи та СНД – дані ЄБ ВООЗ*

Країни	ВВП в \$ США на душу населення		Державні витрати на ОЗ, % від ВВП, оцінка ВООЗ, (2014 р.)	Державні витрати на ОЗ, ППС на душу нас. оцінка ВООЗ, (2014 р.)	Державні витрати на ОЗ, в % від загальних витрат на ОЗ, оцінка ВООЗ 2014 р. 2018 р.	Державні витрати в % загальних державних витрат, оцінка ВООЗ, (2014 р.)		
	2018 р.	2016 р. 2014 р.						
	1		2	3	4	5		
Швеція	54608	51600	59180	10	4385	84,0	81,6	19,0
Нідерланди	53024	45295	52157	9,5	4526	87,0	74,5	20,9
Фінляндія	50152	43090	49915	7,3	2787	75,3	75,4	12,4
Німеччина	47603	41936	47903	8,7	3990	77,0	58,8	19,6
Велика Британія	42944	39899	46412	7,6	2808	83,1	78,7	16,5
Франція	41464	36855	42955	9	3526	78,2	76,8	15,7
ЄС	36357	31993	36552	7,3	2719	76,2	77,3	15,3
Італія	34483	30527	35397	7	2449	75,6	74,2	13,7
Греція	20324	18104	21674	5	1294	61,7	58,8	10,0
Угорщина	16162	12665	14118	4,9	1205	66,0	65,0	10,1
Польща	15421	12372	14342	4,5	1115	71,0	70,3	10,7
РФ	11289	8748	14126	3,7	958	52,2	63,8	9,5
Болгарія	9273	7351	7853	4,6	763	54,6	100	11,0
СНД	7644	6029	9567	3,4	636	51,1	61,6	9,8
Білорусь	6290	4989	8318	3,7	678	65,8	73,7	13,8
Україна	3095	2186	3105	3,6	297	50,8	54,7	10,8

Примітка: * Європейська база даних «Здоров'я для всіх», регіональне відділення ВООЗ (оновлення – 8.09.2020 р.)

Таблиця 3б. Діяльність і витрати охорони здоров'я в країнах Європи та СНД – дані ЄБ ВООЗ*

Країни	1	2	3	4	5	6	7
	Загальні витрати на ОЗ, ППС на душу нас., оцінка ВООЗ, 2014 р.	Частка загальних витрат на ОЗ, % від ВВП оцінка ВООЗ, 2014 р.	Частка приватних витрат на ОЗ, % від ВВП оцінка ВООЗ, 2014 р.	Частка приватних витрат на ОЗ, в % загальних витрат на ОЗ, оцінка ВООЗ, 2014 р.	Загальні витрати на стац. доп., в % загальних витрат на ОЗ*	Державні витрати на стац. доп., в % заг. витрат на стаціон. допомогу*	Державні витрати на медикаменти, в % загальних витрат на медикаменти*
Швеція	5219	11,9	1,9	16	28,4	98,3	58,3
Нідерланди	5202	10,9	1,4	13	36,1	90,6	68,1
Фінляндія	3701	9,7	2,4	24,7	35,1	87,4	55,9
Німеччина	5182	11,3	2,6	23	42,7	83,9	51,9
Велика Британія	3377	9,1	1,5	16,9	35,7	80,6	61,2
Франція	4508	11,5	2,5	21,8	37,1	93,0	68,0
ЄС	3519	9,5	2,2	23,8	35,8	89,0	64,2
Італія	3239	9,2	2,3	24,4	33,9	90,7	62,1
Греція	2098	8,1	3,1	38,3	42,7	64,0	51,9
Угорщина	1827	7,4	2,5	34	26,9	87,9	49,0
Польща	1570	6,4	1,8	29	32,0	94,7	39,4
РФ	1836	7,1	3,4	47,8	73,6	-	11,0
Болгарія	1399	8,4	3,8	45,4	59,0	100	-
СНД	1232	6,6	3,2	48,9	67,3	-	-
Білорусь	1031	5,7	1,9	34,2	47,5	96,9	36,9
Україна	584	7,1	3,5	49,2	32,6	100	34,9

Примітка: * Європейська база даних «Здоров'я для всіх», регіональне відділення ВООЗ (оновлення – 8.09.2020 р.)

Таблиця 37. Показники ресурсів медичної допомоги в країнах Європи та СНД – дані ЄБ ВООЗ*

Країни	Серед тривалість перебування в стаціонарі нехронічного профілю (дні)	Середня зайнятість ліжка у стаціонарі нехронічного профілю (в%)	К-ть лікарів у лікар. нехроніч. профілю	На 10 тисяч населення					К-ть медичних сестер	Відсоток лікарів ПМСД від загальної кількості (%)
				К-ть лікарів	Кількість лікарів загальної практики	К-ть лікарів-терапевтів	К-ть лікарів	К-ть лікарів		
Швеція	5,4	78,0	23,5	41,2	6,5	9,4	119,2	15,5		
Нідерланди	6,4	46,0	33,2	33,5	8,0	8,5	85,6	23,9		
Фінляндія	6,7	74,0	30,8	30,2	-	7,3	145,4	39,7		
Німеччина	7,6	80,0	62,1	41,3	6,7	9,6	134,8	16,2		
Велика Британія	6,0	84,0	22,8	28,1	7,9	6,8	84,4	28,1		
Франція	5,8	76,0	42,8	32,3	15,9	8,6	106,0	49,2		
ЄС	6,4	77,0	39,4	35,1	8,0	10,1	86,8	22,8		
Італія	6,8	77,0	27,5	39,5	7,5	14,2	64,8	19,0		
Греція	5,4	72,0	34,6	62,5	3,9	24,1	34,4	6,0		
Угорщина	5,7	71,0	42,9	33,2	-	7,8	65,7	10,2		
Польща	6,6	74,1	48,8	22,7	2,2	10,2	57,4	9,7		
РФ	9,1	85,0	64,1	33,1	3,2	9,7	45,7	9,7		
Болгарія	9,8	84,2	59,5	40,0	6,3	13,4	48,7	15,8		
СНД	8,6	83,0	56,4	30,9	3,6	9,1	62,0	11,7		
Білорусь	8,9	89,0	86,6	40,7	0,9	15,8	109,0	2,2		
Україна	9,9	88,0	61,3	30,0	3,6	11,4	66,8	12,0		

Примітка: * Європейська база даних «Здоров'я для всіх», регіональне відділення ВООЗ (оновлення – 8.09.2020 р.)

Таблиця 38. Динаміка середньомісячної заробітної плати по регіонах у 1995–2020 рр.
(на одного штатного працівника, грн.)

Регіони	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2019	2020
АР Крим	70	225	301	358	433	543	730	952	1220	1609	1991	2295	2654	2849	-	-	-	-	-
Вінницька	58	159	215	265	334	435	597	793	1028	1404	1782	2074	2432	2651	2810	3396	6114	9302	10300,6
Волинська	53	150	201	253	319	412	591	773	1013	1380	1692	1994	2339	2580	2721	3291	5843	8680	9268,4
Дніпропетровська	91	273	370	438	526	667	913	1139	1455	1876	2369	2790	3138	3335	3641	4366	6939	10759	11686,0
Донецька	97	292	383	452	550	712	962	1202	1535	2015	2549	3063	3496	3755	3858	4980	7797	11723	12652,7
Житомирська	61	164	220	268	334	434	602	793	1033	1404	1785	2071	2369	2561	2763	3271	5835	8535	9571,5
Закарпатська	50	172	238	295	379	479	665	868	1091	1453	1846	2069	2351	2553	2744	3381	6360	9215	10186,2
Запорізька	84	289	379	445	541	671	860	1091	1394	1812	2187	2607	2927	3142	3432	4200	6863	10484	11565,1
Івано-Франківськ	65	188	259	318	402	510	718	923	1180	1543	1927	2213	2539	2679	2875	3402	6076	8824	9984,7
Київська	78	241	317	378	470	592	811	1058	1362	1852	2295	2761	3157	3351	3489	4153	7187	11010	11886,9
Кіровоградська	58	170	231	282	353	455	624	819	1054	1428	1815	2114	2428	2609	2789	3282	5789	8361	9611,3
Луганська	82	232	320	393	474	596	805	1022	1323	1769	2271	2742	3090	3337	3377	3427	5901	8740	10188,3
Львівська	62	196	272	339	419	523	713	923	1183	1570	1941	2244	2578	2789	2961	3646	6392	9276	10306,8
Миколаївська	68	227	327	398	470	565	744	955	1202	1621	2122	2448	2822	3094	3344	3984	6711	9981	11425,7
Одеська	66	236	306	379	454	566	768	966	1226	1633	2046	2387	2700	2947	3129	3897	6541	9252	10341,4
Полтавська	76	220	292	354	437	560	758	961	1243	1661	2102	2481	2850	2988	3179	3783	6547	9852	10823,5

**Таблиця 38. Динаміка середньомісячної заробітної плати по регіонах у 1995–2020 рр.
(на одного штатного працівника, грн.) (Продовження)**

Регіони	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2019	2020
Рівненська	61	173	245	312	390	506	685	888	1133	1523	1960	2211	2575	2844	3033	3573	6013	8974	10260,0
Сумська	66	194	259	307	379	473	663	857	1098	1472	1866	2177	2503	2702	2877	3449	5948	8588	9789,3
Тернопільська	53	135	190	237	304	388	553	727	943	1313	1659	1871	2185	2359	2527	2994	5552	8280	9384,5
Харківська	72	230	310	370	455	569	759	974	1251	1679	2060	2407	2753	2975	3143	3697	6244	9087	9975,0
Херсонська	59	173	233	289	356	451	625	800	1017	1375	1733	1970	2269	2464	2617	3123	5838	8192	9359,4
Хмельницька	55	156	211	258	323	419	584	792	1045	1429	1786	2075	2425	2641	2878	3371	5937	8678	9878,2
Черкаська	63	175	229	276	350	465	642	846	1085	1459	1835	2155	2508	2682	2829	3360	6039	8843	9801,9
Чернівецька	55	157	218	271	344	441	621	819	1051	1402	1772	1985	2329	2484	2578	3050	5621	8074	9155,9
Черніпівська	57	177	235	277	342	438	602	790	1016	1370	1711	1974	2308	2504	2690	3295	5636	8212	9336,0
м. Київ	100	405	549	643	761	967	1314	1729	2300	3074	3431	4012	4607	5007	5376	6732	11134	15783	17089,6
м. Севастополь	83	251	325	391	486	594	803	1005	1302	1726	2167	2476	2891	3114	-	-	-	-	-
Україна	73	230	311	376	462	590	806	1041	1351	1806	2239	2633	3026	3265	3480	4195	7105	10504	11596,5

Примітка: дані за 1995–1999 рр. перераховано згідно з Класифікацією видів економічної діяльності. До 2009 р. включно дані наведено без урахування найманих працівників статистично малих підприємств та зайнятих у фізичних осіб-підприємців, починаючи з 2010 р. – по підприємствах, установах, організаціях та їхніх відокремлених підрозділах із кількістю найманих працівників 10 і більше осіб. Безпосереднє порівняння даних 2010–2020 років з аналогічними даними попередніх років є некоректним (*Держкомстат*)

ДОДАТОК 2

Таблиця 1. Основні демографічні показники в Україні (2017–2020 рр.)

Основні демографічні показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.
Чисельність наявного населення (за оцінкою) на кінець року (осіб)	42386403	42153201	41902416	41588354
Середня чисельність наявного населення (осіб)	42485473	42269802	42027809	41745385
Чисельність постійного населення (за оцінкою) на кінець року (осіб)	42216766	41983564	41732779	41418717
Середня чисельність постійного населення (осіб)	42315836	42100165	41858172	41575748
Загальний приріст, скорочення (–) населення (осіб)	– 198139	- 233202	- 250785	–314062
Природний приріст, скорочення (–) населення (осіб)	– 210136	- 251791	- 272297	–323378
Кількість живо народжених (осіб)	363987	335874	308817	293457
Кількість померлих (осіб)	574123	587665	581114	616835
- з них дітей у віці до 1 року (осіб)	2786	2397	2189	1988
Міграційний приріст, скорочення (–) населення (осіб)	11997	18589	21512	9316

Таблиця 2. Основні демографічні показники в Україні у 2000–2020 роках

Показник	Роки										
	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Чисельність населення, млн осіб:</i>											
- наявного	48,9	46,9	45,8	45,4	42,9	42,8	42,6	42,39	42,27	41,9	41,58
<i>Загальні коефіцієнти (у розрахунку на 1000 осіб)</i>											
Смертність	15,5	16,7	15,2	14,6	14,7	13,9	14,7	14,5	14,8	14,7	15,9
Народжуваність	7,9	9,1	10,8	11,1	10,8	9,6	10,3	9,4	8,7	8,1	7,8
Природне зменшення	- 7,6	- 7,6	- 4,4	- 3,5	- 3,9	- 4,3	- 4,4	- 5,1	- 6,1	- 6,6	- 8,1
<i>Середня очікувана тривалість життя в Україні (роки)</i>											
Ж + Ч	67,63	67,25	70,27	70,60	71,4	71,5	71,0	72,0	71,8	72,5	71,35
Жінки	73,25	73,35	75,20	74,90	76,4	75,7	75,3	76,1	76,7	77,0	76,22
Чоловіки	62,01	61,46	66,21	66,0	66,3	67,1	66,5	67,7	66,7	68,0	66,39
Сальдо міграції (%)	-46,6	+4,6	+14,5	+ 7,0	+ 5,3	+ 3,7	+ 4,1	+ 4,4	+ 3,9	+ 3,1	+ 3,5

**Таблиця 3. Основні демографічні показники в Україні
у 1990–2020 роках**

Рік	Народжуваність на 1000 населення	Смертність на 1000 населення	Природний приріст на 1000 населення	Середня очікувана тривалість життя	
				Чоловіків	Жінок
1990	12,7	12,1	0,6	65,7	75,0
1995	9,6	15,4	-5,8	61,2	72,6
2000	7,8	15,4	-7,6	62,1	73,6
2002	8,1	15,7	-7,6	62,0	73,6
2003	8,5	16,0	-7,5	62,6	74,1
2004	9,0	16,0	-7,0	62,6	74,1
2005	9,0	16,6	-7,6	61,8	73,9
2006	9,9	16,2	-6,3	62,2	73,9
2007	10,2	16,4	-6,2	61,8	73,8
2008	11,0	16,3	-5,3	62,3	74,0
2009	11,1	15,3	-4,2	64,4	74,8
2010	10,8	15,3	-4,5	65,2	75,2
2011	11,0	14,6	-3,6	66,0	75,9
2012	11,4	14,6	-3,2	66,1	76,0
2013	11,0	14,6	-3,6	66,3	76,2
2014	10,8	14,7	-3,9	66,3	76,4
2015	9,6	13,9	-4,3	67,1	75,7
2016	10,3	14,7	-4,4	66,5	75,3
2017	9,4	14,5	-5,1	67,7	76,1
2018	8,7	14,8	-6,1	66,7	76,7
2019	8,1	14,7	-6,6	66,9	77,0
2020	7,8	15,9	-8,1	66,4	76,2

Таблиця 4. Середня очікувана тривалість життя в Україні в 2010–2020 рр.

Все населення			Міське населення			Сільське населення		
Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
2010 рік								
69,8	65,1	74,2	70,3	65,8	74,5	68,6	63,9	73,6
2012 рік								
70,4	65,9	74,8	71,0	66,5	75,1	69,2	64,5	74,1
2016 рік								
71,0	66,5	75,3	71,7	67,2	75,7	69,7	65,2	74,5
2017 рік								
72,0	67,7	76,1	72,9	68,7	76,7	70,1	65,6	74,8
2019 рік								
72,0	66,9	77,0	–	–	–	–	–	–
2020 рік								
71,4	66,4	76,2	–	–	–	–	–	–

Таблиця 5. Чисельність постійного населення та тривалість життя#

Найменування областей	Чисельність населення (постійне, тис. осіб)					Тривалість життя (обидві статі, роки)		
	2014 р.	2017 р.	2019 р.	2020 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	
Вінницька	1603,5	1568,7	1538,3	1522,0	71,2	71,6	71,8	
Волинська	1040,2	1035,7	1028,7	1024,7	70,7	71,0	71,1	
Дніпропетровська	3273,3	3227,8	3173,3	3138,7	69,3	69,6	70,2	
Донецька	4284,1	4187,6	4118,9	4087,4	67,3	70,0	76,1	
Житомирська	1256,7	1232,0	1209,0	1196,3	68,9	69,4	69,6	
Закарпатська	1256,7	1255,3	1251,0	1247,3	70,4	70,6	70,9	
Запорізька	1765,1	1722,4	1686,6	1665,7	70,4	70,5	70,7	
Івано-Франківська	1379,8	1374,8	1365,4	1358,4	72,3	72,8	72,9	
Київська	1723,5	1748,5	1775,3	1782,8	69,4	69,7	69,8	
Кіровоградська	974,2	949,8	926,7	913,7	69,6	69,7	69,9	
Луганська	2215,4	2163,2	2131,3	2116,7	68,8	71,0	78,4	
Львівська	2519,4	2511,2	2493,7	2479,4	72,5	72,6	72,6	
Миколаївська	1163,6	1140,6	1119,1	1107,7	69,7	70,0	70,5	
Одеська	2385,4	2372,0	2366,2	2357,0	69,7	70,1	70,3	
Полтавська	1441,1	1406,0	1379,1	1363,7	70,5	70,6	71,3	
Рівненська	1160,1	1159,6	1151,9	1147,4	70,7	71,0	71	
Сумська	1121,3	1092,1	1066,1	1051,3	70,5	71,0	71,4	
Тернопільська	1066,7	1049,1	1035,4	1027,3	72,6	72,8	72,8	
Харківська	2715,7	2678,4	2642,8	2618,2	70,6	70,8	71,2	
Херсонська	1066,5	1045,5	1026,5	1015,3	69,5	69,7	70,2	
Хмельницька	1298,1	1271,2	1251,5	1240,6	71,0	71,4	71,4	
Черкаська	1248,2	1216,7	1188,5	1174,6	71,3	71,3	71,5	
Чернівецька	906,9	903,6	898,6	893,5	72,3	72,6	72,9	
Чернігівська	1047,1	1011,5	982,8	968,2	69,5	69,9	70,3	
м. Київ	2846,7	2893,2	2926,1	2920,9	72,8	73,0	73,1	
Україна	42759,3	42216,8	41732,8	41418,7	71,5	71,0	72	

Примітка: # – Вихідне (постійне) населення по даній території (реальне), (дані Державної служби статистики України)

Таблиця 6. Природний рух населення в регіонах України (на 1000 осіб)¹

Найменування регіонів, областей	Народжуваність			Смертність			Природний приріст		
	2014	2019	2020	2014	2019	2020	2014	2019	2020
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	10,9	7,6	7,5	15,8	15,5	16,5	-4,9	-7,9	-9,0
Волинська	14,1	10,1	10,1	13,2	12,9	13,9	0,9	-2,8	-3,8
Дніпропетровська	11,1	7,1	6,7	16,1	16	17,5	-5,0	-8,9	-10,8
Донецька	8,2	-	-	16,5	-	-	-8,3	-	-
Житомирська	12,0	7,9	7,6	16,8	16,4	17,6	-4,8	-8,5	-10,0
Закарпатська	14,6	10,4	10,8	11,8	12,4	13,4	2,8	-2	-2,6
Запорізька	10,6	6,8	6,3	15,7	16,4	17,5	-5,1	-9,6	-11,2
Івано-Франківська	12,2	8,8	8,6	12,8	12,8	14,1	-0,6	-4	-5,5
Кіївська	12,1	8	8,0	16,4	16,1	17,6	-4,3	-8,1	-9,6
Кіровоградська	10,7	6,8	6,5	17,0	16,4	17,9	-6,3	-9,6	-11,4
Луганська	5,2	-	-	10,2	-	-	-5,0	-	-
Львівська	11,9	8,7	8,4	12,8	13	14,5	-0,9	-4,3	-6,1
Миколаївська	11,2	7,1	6,9	15,2	15,2	15,9	-4,0	-8,1	-9,0
Одеська	12,3	8,8	8,7	14,3	13,9	14,7	-2,0	-5,1	-6,0
Полтавська	10,0	6,5	6,3	17,1	16,4	17,8	-7,1	-9,9	-11,5
Рівненська	14,8	10,7	0,6	12,7	12,3	13,5	2,1	-1,6	-2,9
Сумська	9,2	6	5,7	17,2	16,2	17,9	-8,0	-10,2	-12,2
Тернопільська	10,9	7,6	7,6	14,2	14,2	15,3	-3,3	-6,6	-7,7
Харківська	10,1	6,8	6,3	15,3	15,2	16,7	-5,2	-8,4	-10,4
Херсонська	11,5	8,1	7,5	15,1	15,5	16,7	-3,6	-7,4	-9,2
Хмельницька	11,2	7,9	7,8	15,6	15,4	16,7	-4,4	-7,5	-8,9
Черкаська	9,8	6,4	6,1	16,6	16,4	17,5	-6,8	-10	-11,4
Чернівецька	12,8	9,2	9,0	12,8	12,3	14,1	0	-3,1	-5,1
Чернігівська	9,0	6,1	6,0	19,2	18,6	19,8	-10,2	-12,5	-13,8
м. Київ	12,1	11	10,3	10,4	11,2	12,2	1,7	-0,2	-1,9
Україна	10,8	8,1	7,8	14,7	14,7	15,9	-3,9	-6,6	-8,1

Примітка: ¹ – дані без урахування тимчасово окупованих територій

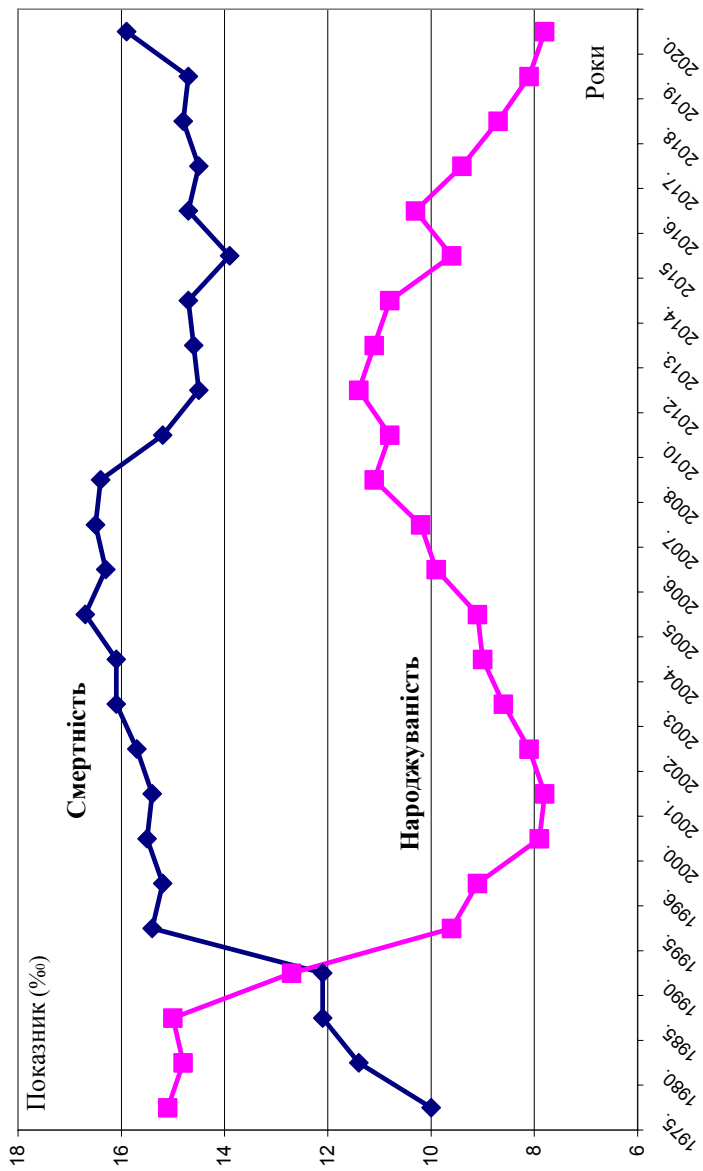


Рис. 1. Динаміка народжуваності та смертності населення України за період 1975-2020 роки



Рис. 2. Рівень зароз, найбільш актуальних сьогодні для України

Таблиця 7. Динаміка рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед всього населення України (2010–2017 рр.)^{*}

Показники стану здоров'я		Рік					
		2010	2013	2014	2015	2016	2017
Поширеність	абс. дані	85515702	84234814	72990838	73160374	73551424	72689184
	на 100 тис. нас.	186786,5	185650,9	170128,0	171096,7	172692,9	171376,5
Захворюваність	абс. дані	33080387	30024434	26880827	26789502	27361413	26614512
	на 100 тис. нас.	72255,4	68376,9	62654,2	62651,3	64242,4	62748,0

Таблиця 8. Кількість випадків вперше виявлених та всіх хвороб серед різних груп населення України у період 2014–2017 рр.*

Група населення		Захворюваність і поширеність хвороб на 100 тисяч відповідного населення			Динаміка змін (%)	
		2014 р.	2016 р.	2017 р.	2017/2014	2017/2016
Усе населення	П*	170128,0	172692,9	171376,5	0,7	-0,8
	З*	62654,2	64242,4	62748,0	0,1	-2,3
Діти	П*	170965,0	171210,0	167660,3	-1,9	-2,1
	З*	131243,0	132751,0	129781,6	-1,1	-2,2
Підлітки	П*	202228,0	215453,0	217772,5	7,7	1,1
	З*	115106,0	124976,0	125461,8	9,0	0,4
Працездатне населення	П*	135706,2	139131,6	137963,5	1,7	-0,8
	З*	54118,2	55919,2	54322,7	0,4	-2,9
Населення похилого віку	П*	255081,8	252955,1	250423,8	-1,8	-1,0
	З*	44730,5	44797,8	44000,6	-1,6	-1,8

Примітка: * – дані поширеності і захворюваності за 2018–2020 р. відсутні

Таблиця 9. Динаміка впливу артеріальної гіпертензії на поширеність ІХС, ЦВХ та інсультів в Україні (у%)*

Показник	Роки					
	2010 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
Питома вага поширеності ІХС з АГ у поширеності ІХС (%)						
- Дорослі	63,3	65,7	65,0	65,5	65,9	66,4
- Працездатні	57,5	58,3	56,6	57,7	57,7	57,5
- Жінки ≥55 р, чоловіки ≥60 р	65,6	68,1	68,5	68,6	69,0	69,8
Питома вага поширеності ЦВХ з АГ у поширеності ЦВХ (%)						
- Дорослі	64,0	63,0	61,0	61,4	61,8	62,0
- Працездатні	57,0	55,8	53,7	54,3	55,9	55,5
- Жінки ≥55 р, чоловіки ≥60 р	65,9	65,0	63,2	63,6	63,6	64,0
Питома вага поширеності Інсультів з АГ у поширеності Інсультів (%)						
- Дорослі	56,8	59,9	58,2	58,8	60,0	58,3
- Працездатні	56,0	56,4	51,4	51,7	53,1	51,8
- Жінки ≥55 р, чоловіки ≥60 р	57,0	60,9	60,4	61,2	62,2	60,3

Примітка: * – дані поширеності і захворюваності за 2018–2020 р. відсутні

Таблиця 10. Динаміка показників при цереброваскулярних хворобах*

Показники при ЦВХ	Поширеність/Смертність (на 100 тис. населення)			Динаміка змін (%)	
	2014 р.	2016 р.	2017 р.	2014/2017	2016/2017
- Поширеність ЦВХ - в т. ч. серед працездатного віку	7243,5 2405,3	7227,7 2447,3	7246,1 2470,7	0,04 2,7	0,25 1,0
- Поширеність ЦВХ з АГ - в т. ч. серед працездатного віку	4416,6 1291,0	4467,3 1368,6	4491,1 1372,3	1,7 6,3	0,5 0,3
- Поширеність інсульту - в т. ч. серед працездатного віку	266,5 91,9	279,6 95,9	278,7 94,9	4,6 3,3	-0,3 -1,0
- Поширеність інсульту з АГ - в т. ч. серед працездатного віку	155,1 47,2	167,8 50,9	162,5 49,2	4,8 4,2	-3,2 -3,3
	2014 р.	2016 р.	2020 р.	2014/2020	2016/2020
- Смертність від ЦВХ - в т. ч. серед працездатного віку	204,9 29,9	197,7 30,8	187,1 31,7	-8,7 6,0	-5,4 2,9
- Смертність від інсульту - в т. ч. серед працездатного віку	84,8 25,9	83,8 26,8	85,3 27,4	0,6 5,8	1,8 2,2

Примітка: * – дані поширеності і захворюваності за 2018–2020 р. відсутні

Таблиця 11. Динаміка показників смертності від основних причин серед усього населення України (на 100 тис. населення), 2014–2020 роки

Причина смертності	2014 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Динаміка змін (%) 2014/2019
Померло від усіх причин	1473,8	1481,9	1464,8	1597,2	8,4
З них:					
- деякі інфекційні та паразитарні хвороби	25,6	22,7	20,7	17,9	-30,1
- туберкульоз	12,2	9,3	8,7	7,4	-39,3
- злоякісні новоутворення	193,6	198,6	197,1	200,1	3,4
- хвороби системи кровообігу	992,0	998,3	988,1	1056,6	6,5
в т. ч. ішемічна хвороба серця	682,6	694,5	689,1	745,6	9,2
– в т. ч. інфаркт міокарда	27,5	24,0	25,1	26,3	-4,4
- судинні ураження мозку	204,9	181,5	178,5	187,1	-8,7
- хвороби органів дихання	34,5	33,2	32,0	42,1	22,0
- хвороби органів травлення	58,8	61,3	60,7	61,7	4,9
- хвороби сечостатевої системи	6,3	6,4	6,3	6,9	9,5
- зовнішні причини смерті	93,5	79,4	77,6	75,0	-19,8

Таблиця 12. Динаміка показників смертності від основних причин серед працездатного населення України (на 100 тис. населення), 2014–2020 роки

Причина смертності	2014 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Динаміка змін (%) 2014/2019
Померло від усіх причин	493,8	491,8	469,3	512,3	3,7
З них:					
- деякі інфекційні та паразитарні хвороби	37,2	32,9	29,1	27,8	-25,3
- туберкульоз	17,5	13,3	12,1	10,1	-42,3
- злоякісні новоутворення	84,2	81,7	77,4	89,5	6,3
- хвороби системи кровообігу	152,8	162,7	157,7	174,2	14,0
в т. ч. ішемічна хвороба серця	85,8	82,5	80,7	90,5	5,5
– в т. ч. інфаркт міокарда	9,8	8,1	8,0	9,2	-6,1
- судинні ураження мозку	29,9	29,3	26,6	31,7	6,0
- хвороби органів дихання	18,9	23,1	22,1	23,9	26,5
- хвороби органів травлення	52,9	58,3	56,2	58,8	11,2
- хвороби сечостатевої системи	3,3	3,2	3,0	3,7	12,1
- зовнішні причини смерті	113,5	95,2	90,7	85,9	-24,3
- х-би ендокринної системи та обміну	2,6	2,7	2,7	3,3	26,9

Таблиця 13. Структура смертності населення України (%)

Причини смерті	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2017	2018	2019	2020
Всі причини, в т. ч.:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
хвороби системи кровообігу	60,9	62,5	66,6	66,5	67,3	68,0	67,0	67,4	67,0	66,2
злякисні новоутворення	12,9	11,7	12,6	13,8	13,1	13,2	13,5	13,4	13,5	11,7
зовнішні причини	9,7	8,9	6,3	6,1	6,3	5,8	5,4	5,4	5,2	4,7
х-би органів травлення	2,9	4,0	3,8	4,2	4,0	3,8	3,8	4,1	4,1	3,9
х-би органів дихання	5,0	3,6	2,8	2,5	2,3	2,3	2,1	2,2	2,1	2,6

Таблиця 14. Структура смертності працездатного населення в Україні

№ з/п	Причини смерті	Показник смертності (на 100 тисяч населення)			Структура смертності (%)		
		2014 р.	2019 р.	2020 р.	2014 р.	2019 р.	2020 р.
1	Х-би системи кровообігу	152,8	157,7	174,2	30,9	33,6	34,0
2	Зовнішні причини смерті	113,5	90,7	85,9	23,0	19,3	17,5
3	Злякисні новоутворення	84,2	77,4	89,5	17,1	16,5	16,8
4	Хвороби органів травлення	52,9	56,2	58,8	10,7	12,0	11,5
5	Інфекційні та паразит. х-би	37,2	29,1	27,8	7,5	6,2	5,4
6	Хвороби органів дихання	18,9	22,1	23,9	3,8	4,7	4,7
7	Інші причини	34,3	36,1	52,2	6,9	7,7	10,2
8	Всі причини	493,8	469,3	512,3	100,0	100,0	100,0

**Таблиця 15. Смертність міського і сільського населення
України у 2019 р.**

Хвороби	Місто і село		Місто		Село	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
Усього померлих	581114	1464,8	362660	1343,4	218454	1694,9
в т. ч. ХСК	389348	988,1	235466	879,4	153882	1194,1
із них: Ревматизм \ (усі форми)	519	1,4	311	1,2	208	1,6
Гіпертонічна х-ба \ (всі форми)	323	0,9	222	0,9	101	0,8
ІХС (усі форми)	268341	689,1	158723	600,9	109618	856,4
Інфаркт міокарда	10065	25,1	7994	30,0	2071	15,9
в т. ч. гострий ІМ	7779	19,2	6063	22,4	1716	13,2
Атеросклеротична х-ба серця	203454	518,0	115281	428,8	88173	686,9
Стенокардія та інші форми гострої ІХС	5187	12,7	3576	13,0	1611	12,3
Інші форми ХІХС	49635	133,3	31872	129,1	17763	141,2
ЦВХ	76232	178,5	51774	177,7	24458	180,1
із них: Інсульти (усі форми)	32836	81,7	22894	84,4	9942	76,5
- Інфаркт головного мозку	19184	47,2	13837	50,5	5347	40,9
- Інсульт (неуточнений)	2794	7,4	1635	6,5	1159	9,2
- Внутр. мозковий крововилив	9989	24,8	6801	25,0	3188	24,5
- Субарахноїдальний крововил.	869	2,2	621	2,4	248	1,9
Інші ЦВХ	43396	96,9	28880	93,3	14516	103,6
Атеросклероз	16813	45,5	8910	36,4	7903	62,8
Х-би артерій, артеріол, капіляр.	2067	5,1	1593	6,0	474	3,6
Інші хвороби серця	19171	51,5	10384	41,7	8787	70,2
Інші та неуточнені х-би серця	21	0,0	18	0,1	3	0,0

Примітки: ХСК – хвороби системи кровообігу; ІХС – ішемічна хвороба серця; ЦВХ – цереброваскулярні хвороби; ХІХС – хронічна ІХС

**Таблиця 16. Смертність міського і сільського населення
України у 2020 р.**

Хвороби	Місто і село		Місто		Село	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
Усього померлих	616835	1597,2	389716	1490,1	227119	1802,7
в т. ч. ХСК	408163	1056,6	249726	952,4	158437	1256,6
із них: Ревматизм (усі форми)	424	1,1	273	1,1	151	1,2
Гіпертонічна х-ба (всі форми)	355	1,0	244	1,0	111	0,9
ІХС (усі форми)	284667	745,6	170923	660,7	113744	908,4
Інфаркт міокарда	10376	26,3	8142	31,0	2234	17,4
в т. ч. гострий ІМ	8288	20,9	6390	24,1	1898	14,7
Атеросклеротична х-ба серця	217535	565,7	125543	478,3	91992	733,3
Стенокардія та інші форми гострої ІХС	5263	13,2	3739	13,9	1524	11,9
Інші форми ХІХС	51493	140,4	33499	137,5	17994	145,8
ЦВХ	78121	187,1	53316	187,2	24805	186,9
із них: Інсульт (усі форми)	33444	85,3	23619	89,3	9825	77,5
- Інфаркт головного мозку	20073	50,6	14713	55,1	5360	42,1
- Інсульт (неуточнений)	2671	7,2	1501	6,0	1170	9,5
- Внутр. мозковий крововилив	9781	25,0	6731	25,6	3050	24,0
- Субарахноїдальний крововил.	919	2,4	674	2,7	245	2,0
Інші ЦВХ	44677	101,8	29697	97,9	14980	109,3
Атеросклероз	16996	46,7	9116	37,8	7880	63,7
Х-би артерій, артеріол, капіляр.	2076	5,3	1601	6,1	475	3,7
Інші хвороби серця	19460	53,3	10504	43,0	8956	73,0

Примітки: ХСК–хвороби системи кровообігу; ІХС– ішемічна хвороба серця; ЦВХ – цереброваскулярні хвороби; ХІХС – хронічна ІХС

**Таблиця 17. Смертність міського і сільського населення
України працездатного віку (2019 р.)**

Хвороби	Місто і село		Місто		Село	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
Усього померлих	106249	469,3	67424	435,8	38825	535,5
в т. ч. ХСК	35515	157,7	22702	148,0	12813	176,9
із них: Ревматизм (усі форми)	128	0,6	71	0,5	57	0,8
Гіпертонічна х-ба (всі форми)	143	0,7	83	0,6	60	0,8
ІХС (усі форми)	18602	80,7	12146	77,0	6456	88,0
Інфаркт міокарда	1828	8,0	1321	8,5	507	6,9
в т. ч. гострий ІМ	1459	6,3	1040	6,6	419	5,7
Атеросклеротична хвороба серця	9466	40,6	6185	38,7	3281	44,4
Стенокардія та інші форми гострої ІХС	3183	13,3	2112	12,8	1071	14,3
Інші форми ХІХС	4125	18,8	2528	17,0	1597	22,4
ЦВХ	6158	26,6	4067	25,6	2091	28,6
із них: - Інсульти (усі форми)	5346	23,2	3546	22,5	1800	24,6
- Інфаркт головного мозку	1744	7,4	1182	7,3	562	7,5
- Інсульт (не уточнений)	259	1,2	153	1,0	106	1,5
- Внутр. мозковий крововилив	2933	12,8	1929	12,3	1004	13,8
- Субарахноїдальн. крововилив	410	1,8	282	1,9	128	1,8
Інші ЦВХ	812	3,4	521	3,1	291	4,0
Атеросклероз	203	0,9	121	0,8	82	1,1
Х-би артерій, артеріол, капілярів	547	2,4	407	2,6	140	1,9
Інші хвороби серця	6145	29,0	3719	26,2	2426	34,5

Примітки: ХСК – хвороби системи кровообігу; ІХС – ішемічна хвороба серця; ЦВХ – цереброваскулярні хвороби; ХІХС – хронічна ІХС

**Таблиця 18. Смертність міського і сільського населення
України працездатного віку (2020 р.)**

Хвороби	Місто і село		Місто		Село	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
Усього померлих	117566	512,3	75453	481,4	42113	573,9
в т. ч. ХСК	39839	174,2	25522	163,7	14317	195,1
із них: Ревматизм (усі форми)	139	0,6	79	0,5	60	0,8
Гіпертонічна х-ба (всі форми)	153	0,7	100	0,7	53	0,8
ІХС (усі форми)	21079	90,5	13711	86,0	7368	99,3
Інфаркт міокарда	2153	9,2	1505	9,5	648	8,6
в т. ч. гострий ІМ	1738	7,4	1188	7,4	550	7,3
Атеросклеротична хвороба серця	11184	47,7	7227	45,0	3957	53,1
Стенокардія та інші форми гострої ІХС	3192	13,1	2182	12,9	1010	13,3
Інші форми ХІХС	4550	20,5	2797	18,7	1753	24,3
ЦВХ	7401	31,7	4816	30,0	2585	35,0
із них:						
- Інсульти (усі форми)	6373	27,4	4187	26,3	2186	29,7
- Інфаркт головного мозку	2229	9,4	1503	9,3	726	9,8
- Інсульт (не уточнений)	318	1,5	151	1,0	167	2,3
- Внутр. мозковий крововилив	3318	14,2	2180	13,6	1138	15,5
- Субарахноїдальні. крововилив	508	2,3	353	2,3	155	2,1
Інші ЦВХ	1028	4,3	629	3,8	399	5,3
Атеросклероз	219	1,0	143	0,9	76	1,1
Х-би артерій, артеріол, капілярів	603	2,6	428	2,8	175	2,3
Інші хвороби серця	6560	30,1	4034	27,6	2526	35,3

Примітки: ХСК – хвороби системи кровообігу; ІХС – ішемічна хвороба серця; ЦВХ – цереброваскулярні хвороби; ХІХС – хронічна ІХС

**Таблиця 19. Показники поширеності і захворюваності
(2017 рік) та смертності (2020 р.) від ІХС
серед дорослого і працездатного населення**

Хвороби	Поширеність		Захворюваність		Смертність	
	2017 р.				2020 р.	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
	Доросле населення (18 років і старше)				Усе населення	
Усі хвороби	59379593	170634,5	16777516	48212,2	616835	1597,2
ХСК	22199563	63793,1	1725137	4957,4	408163	1056,6
ІХС (усі форми)	7751199	22274,0	463253	1331,2	284667	745,6
В т. ч. з ГХ	5143722	14781,1	278367	799,9	-	-
Стенокардія	2606040	7488,8	137665	395,6		
Інші форми гострої ІХС	2489	7,2	2489	7,2	5263	13,2
Інфаркт міокарда	40786	117,2	40786	117,2	10376	26,3
в т. ч. гострий ІМ	-	-	-	-	8288	20,9
в т. ч. трансмуральний	24107	69,3	24107	69,3	-	-
Атеросклеротична хвороба серця	-	-	-	-	217535	565,7
Інші форми ХІХС	-	-	-	-	51493	140,4
Працездатне населення						
Усі хвороби	33415793	137963,5	13157359	54322,7	117566	512,3
ХСК	8077548	33349,7	849289	3506,5	39839	174,2
ІХС (усі форми)	2150582	8879,1	196324	810,6	21079	90,5
В т. ч. з ГХ	1235943	5102,8	110144	454,8	-	-
Стенокардія	801894	3310,8	62474	257,9		
Інші форми гострої ІХС	1369	5,7	1369	5,7	3192	13,1
Інфаркт міокарда	11853	48,9	11853	48,9	2153	9,2
в т. ч. гострий ІМ	-	-	-	-	1738	7,4
в т. ч. трансмуральний	6836	28,2	6836	28,2	-	-
Атеросклеротична хвороба серця	-	-	-	-	11184	47,7
Інші форми ХІХС	-	-	-	-	4550	20,5

Примітка: * – дані поширеності і захворюваності за 2018–2020 р. відсутні

Таблиця 20. Показники поширеності і захворюваності (2017 р.) та смертності (2020 р.) при ЦВХ серед дорослого і працездатного населення

Хвороби	Поширеність		Захворюваність		Смертність	
	2017 р.				2020 р.	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
	Доросле населення (18 років і старше)				Усе населення	
Усі хвороби	59379593	170634,5	16777516	48212,2	616835	1597,2
ХСК	22199563	63793,1	1725137	4957,4	408163	1056,6
ЦВХ (усі форми)	2521601	7246,1	290557	835,0		
з них: ГХ	1562886	4491,1	157991	454,0	78121	187,1
Інсульты (усі форми)	96978	278,7	96978	278,7		
з них: з ГХ	56557	162,5	56557	162,5	33444	85,3
- Інфаркт головного мозку	-	-	-	-	20073	50,6
- Інсульт (неуточнений)	-	-	-	-	2671	7,2
- Внутрішньомозковий крововилив	-	-	-	-	9781	25,0
- Субарахноїдальний крововилив	-	-	-	-	919	2,4
- Інші ЦВХ	-	-	-	-	44677	101,8
Транзиторні церебральні ішемічні напади	36206	104,0	36206	104,0	-	-
Атеросклероз	201498	579,0	32840	94,4	16996	46,7
Працездатне населення						
Усі хвороби	33415793	137963,5	13157359	54322,7	117566	512,3
ХСК	8077548	33349,7	849289	3506,5	39839	174,2
ЦВХ (усі форми)	598413	2470,7	101836	420,4		
з них: з ГХ	322388	1372,3	51942	214,5	7401	31,7
Інсульты (усі форми)	22983	94,9	22983	94,9		
з них: з ГХ	11905	49,2	11905	49,2	6373	27,4
- Інфаркт головного мозку	-	-	-	-	2229	9,4
- Інсульт (не уточнений)	-	-	-	-	318	1,5
- Внутрішньомозковий крововилив	-	-	-	-	3318	14,2
- Субарахноїдальний крововилив	-	-	-	-	508	2,3
- Інші ЦВХ	-	-	-	-	1028	4,3
Транзиторні церебральні ішемічні напади	17235	71,2	17235	71,2	-	-
Атеросклероз	46811	193,3	9858	40,7	219	1,0

Примітка: * – дані поширеності і захворюваності за 2018–2020 р. відсутні

**Таблиця 21. Ресурси та діяльність закладів системи МОЗ
у 2016–2020 рр.**

Показник	Роки			
	2016	2017	2019	2020
Число лікарняних закладів	1506	1475	1377	1 302
Загальне число ліжок	291108	285008	270727	250 662
Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення	68,6	67,5	64,9	60,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	321,2	321	309	215
Середнє перебування хворого на ліжку	11,2	11,0	10,6	10,1
Госпіталізація на 100 жителів всього	20,2	19,7	18,9	13,0
в т. ч.				
- міських жителів	20,3	-	-	-
- сільських жителів	20,1	-	-	-
Число закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	2825	2867	2680	2631
Число відвідувань на 1 жителя	9,3	9,0	7,6	5,4
Число амбулаторно-поліклінічних закладів, які мають денні стаціонари	1873	1902	1753	1674
Число ліжок у денних стаціонарах	62832	62890	57770	51828
Число ліжок у денних стаціонарах на 10 тис. населення	14,8	14,9	13,8	12,5
Проліковано хворих в денних стаціонарах	273228 2	280615 5	255002 5	1655006
Проліковано хворих в денних стаціонарах на 10 тис. населення	642,8	663,1	609,2	398,1
Кількість викликів швидкої медичної допомоги	8983417	8400770	6868961	5949078
Кількість викликів швидкої медичної допомоги на 1000 населен.	210,9	198,1	163,6	142,6
Загальна чисельність лікарів (без зубних)	160912	159600	154265	147361
Забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення	37,9	37,8	37,0	35,6
Загальна чисельність середнього мед. персоналу	337703	330444	296054	273526
Забезпеченість сер. м/п на 10 тис. населення	79,6	78,3	70,9	66,0
Кількість сімейних лікарів (3,57)	13336	14728	15029	14797

Таблиця 22. Структура госпіталізованих хворих за класами хвороб (дорослі)

Найменування класів хвороб	2013 рік		2019 рік		2020 рік	
	Абс. дані	% усіх	Абс. дані	% усіх	Абс. дані	% усіх
Усього	8072284	100	6457756	100	4617995	100
В тому числі:						
Х-би системи кровообігу	1676159	20,8	1497279	23,2	921019	19,9

Таблиця 23. Середня тривалість лікування та лікарняна летальність

Найменування хвороб	Середня тривалість лікування			Лікарняна летальність		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Усі хвороби	11,4	11,14	10,71	1,7	1,7	2,8
Розлади психіки і поведінки	-	33,30	34,98	-	0,2	0,26
Хвороби системи кровообігу	10,9	10,72	10,12	4,0	4,1	6,44
з них:						
Гостра ревматична гарячка	10,3	11,41	10,02	4,2	1,1	0,54
Хронічні ревматичні хвороби	11,2	11,24	10,6	1,8	1,8	2,95
<i>Гіпертонічна хвороба</i> (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)	9,6	9,47	8,8	0,0	0,0	0,02
<i>Ішемічна хвороба серця</i>	10,9	10,59	9,68	3,9	4,1	6,57
в т. ч.						
- стенокардія	10,4	10,14	9,27	-	-	-
- гострий інфаркт міокарда	12,9	12,66	11,21	13,4	13,8	14,94
- з елевацією зубця ST	-	12,62	10,99	-	15,5	16,28
- інші форми гострої ІХС	9,8	16,25	10,45	57,5	48,6	58,83
<i>Цереброваскулярні хвороби</i>	11,4	11,33	10,97	6,8	6,9	10,36
з них:						
- внутрішньочерепний крововилив	14,9	13,95	13,56	39,6	38,3	40,53
- інфаркт головного мозку	12,2	12,04	10,94	14,8	14,5	15,65
- інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку	11,5	11,03	11,44	18,0	19,6	23,62

Таблиця 24. Структура госпіталізованих кардіологічних хворих та летальності в стаціонарах України у 2019 році

Назва нозології	Виписано із стаціонару (абс. дані)	%	Померло у стаціонарі (абс. дані)	%
Усі хвороби	6346402	100	111354	100
Розлади психіки і поведінки	292797	4,6	691	0,6
Хвороби системи кровообігу, з них	1435829	22,6/100	61450	55,2/100
Гостра ревматична гарячка	357	0,0	4	0,0
Хронічні ревматичні хвороби	13304	0,9	242	0,4
<i>Гіпертонічна хвороба (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)</i>	152866	10,6	15	0,0
<i>Ішемічна хвороба серця, в т.ч.</i>	677193	47,2	28809	46,9
- стенокардія	259750	18,1	0	0
- гострий інфаркт міокарда	40798	2,8	6539	10,6
- з елевацією зубця ST	26937	1,9	4921	8,0
- інші форми гострої ІХС	435	0,0	412	0,7
<i>Цереброваскулярні хвороби, з них:</i>	358203	24,9	26345	42,9
- внутрішньочерепний крововилив	13189	0,9	8171	13,3
- інфаркт головного мозку	88865	6,2	15079	24,5
- інсульт, не уточнений як крововилив або інфаркт мозку	2942	0,2	717	1,2

Таблиця 25. Показники смертності та летальності в Україні у 2019 році (абсолютні дані)

Найменування хвороб	Померло всього (стаціонар + дім)	Померло в стаціонарі	% померлих у стаціонарі
Усі хвороби	581114	111354	19,2
Хвороби системи кровообігу	389348	61450	15,8
з них: ревматизм (всі форми)	519	246	47,4
<i>Гіпертонічна хвороба</i> (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)	323	15	4,6
<i>Ішемічна хвороба серця</i>	268341	28809	10,7
– гострий інфаркт міокарда	10065	6539	65,0
– інші форми гострої ІХС	5187	412	7,9
<i>Цереброваскулярні хвороби</i>	76232	26345	34,6
- внутрішньомозковий Крововилив	9989	8171	81,8
- інфаркт головного мозку	19184	15079	78,6
- інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку	2794	717	25,7

Таблиця 26. Структура госпіталізованих кардіологічних хворих та летальності в стаціонарах України у 2020 р. (усе населення)

Назва нозології	Виписано із стаціонару (абс. дані)	%	Померло у стаціонарі (абс. дані)	%
Усі хвороби	5297514	100	132731	100
Розлади психіки і поведінки	233604	4,4	570	0,42
Хвороби системи кровообігу, з них	872684	16,5/100	59373	44,7/100
Гостра ревматична гарячка	219	0,0	1	0,0
Хронічні ревматичні хвороби	6449	0,7	194	0,3
<i>Гіпертонічна хвороба</i> (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)	91112	10,4	18	0,0
<i>Ішемічна хвороба серця</i> , в т. ч.	382430	43,8	26880	45,3
- стенокардія	150442	17,2	0	0,0
- гострий інфаркт міокарда	36169	4,1	6353	10,7
- з елевацією зубця ST	24133	2,8	4692	7,9
- інші форми гострої ІХС	233	0,0	333	0,6
<i>Цереброваскулярні хвороби</i> , з них:	229778	26,3	26520	44,7
- внутрішньочерепний крововилив	11653	1,3	7917	13,3
- інфаркт головного мозку	85835	9,8	15926	26,8
- інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку	2572	0,3	795	1,3

Таблиця 27. Показники смертності та летальності в Україні у 2020 році (абсолютні дані), усе населення

Найменування хвороб	Померло всього (стаціонар + дім)	Померло в стаціонарі	% померлих у стаціонарі
Усі хвороби	616835	132731	21,5
Хвороби системи кровообігу	408163	59373	14,5
з них: ревматизм (всі форми)	424	195	46,0
<i>Гіпертонічна хвороба (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)</i>	355	18	5,1
<i>Ішемічна хвороба серця</i>	284667	26880	9,4
– гострий інфаркт міокарда	8288	6353	76,7
– інші форми гострої ІХС	5263	333	6,3
<i>Цереброваскулярні хвороби</i>	78121	26520	33,9
- внутрішньо-мозковий крововилив	9781	7917	80,9
- інфаркт головного мозку	20073	15926	79,3
- інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку	2671	795	29,8

Таблиця 28. Динаміка захворюваності усього населення
(кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тисяч)

Роки	Всього	Ново-утворення	Хвороби нервової системи	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	Хвороби сечостатевої системи	Уроджені аномалії (вади розвитку), деформації, хромосомні порушення	Травми, отруєння та інші наслідки дії зовнішніх причин
1990	32188	310	2640	1149	17021	1799	1374	1224	41	2866
1992	33214	333	3005	1412	16226	1999	1529	1459	52	3018
1993	33833	332	3045	1412	16671	2037	1543	1519	54	2878
1995	32547	327	3037	1390	15705	2144	1416	1544	47	2647
1996	30169	335	3067	1412	13221	2090	1431	1623	50	2603
1997	31158	348	3104	1497	14129	2051	1476	1711	53	2484
1998	31974	372	3331	1690	13877	2122	1600	1881	59	2465
1999	32959	382	767	1950	14485	2037	1548	1886	61	2401
2000	33471	382	748	2338	14639	1996	1571	1939	62	2339
2001	33192	394	745	2384	14213	2008	1593	2049	59	2239
2002	32233	382	748	2370	13372	1950	1598	2039	57	2244
2003	32585	395	751	2386	13835	1915	1572	2077	54	2297
2004	32573	406	755	2498	13511	1917	1609	2153	55	2245
2005	32912	408	754	2430	13894	1936	1600	2185	53	2264
2006	32240	414	764	2431	13308	1906	1597	2172	53	2289
2007	32807	407	752	2437	13946	1952	1569	2132	51	2284
2008	32467	406	753	2478	13671	1911	1567	2136	51	2263
2009	33032	407	754	2423	14528	1890	1544	2140	52	2164
2010	33080	418	750	2390	14595	1921	1532	2138	52	2217
2011	32381	423	744	2346	14148	1881	1490	2095	55	2136
2012	31161	433	724	2318	13220	1852	1445	2047	54	2140
2013	31024	440	704	2256	13293	1856	1444	2046	55	2085
2014	26880	362	651	1879	11838	1570	1247	1756	47	1722
2015	26790	366	653	1844	11862	1566	1246	1779	48	1698
2016	27361	369	647	1826	12582	1564	1241	1761	47	1705
2017	26614	366	636	1781	12037	1564	1218	1724	47	1697

Таблиця 29. Поширеність та захворюваність хворобами системи кровообігу в Україні серед дорослих

Роки	Усі хвороби		Хвороби системи кровообігу			Гіпертонічна хвороба (усі форми)			Ішемічна хвороба серця			Інфаркт міокарда			Цереброваскулярні хвороби			Інсульт (усі форми)			
	П	З	П	П	З	П	П	З	П	П	З	П	П	З	П	П	З	П	П	З	
2014 абс.	59 618 301	17 113 288	22 354 901	1 813 572	10 416 308	728 368	7 779 915	486 767	40924	40924	40924	2 557 591	308256	94104	94104						
2016 абс.	60 020 109	17 340 820	22 303 564	1 766 188	10 421 402	696 295	7 794 938	474 514	42 047	42 047	42 047	2 528 013	299734	97 805	97 805						
2017 абс.	59 379 593	16 777 516	22 199 563	1 725 137	10 385 553	681 869	7 751 199	463 253	40 786	40 786	40 786	2 521 601	290557	96 978	96 978						
+/- 2017/2016	-640 516	-563 304	-104 001	-41 051	-35 869	-14 426	-43 739	-11 261	-1 261	-1 261	-1 261	-6 412	-9 177	-827	-827						
2014 на 100 тисяч	168 849,2	48 467,8	63 312,9	5 136,3	29 500,8	2 062,9	22 034,1	1 378,6	115,9	115,9	115,9	7 243,5	873,0	266,5	266,5						
2016 на 100 тисяч	171 599,4	49 578,0	63 766,6	5 049,6	29 795,1	1 990,7	22 286,0	1 356,7	120,2	120,2	120,2	7 227,7	856,9	279,6	279,6						
2017 на 100 тисяч	170 634,5	48 212,2	63 793,1	4 957,4	29 844,1	1 959,4	22 274,0	1 331,2	117,2	117,2	117,2	7 246,1	835,0	278,7	278,7						
+/-% 2017/2016	-0,6	-2,8	0,04	-1,8	0,2	-1,6	-0,1	-1,9	-2,5	-2,5	-2,5	0,3	-2,6	-0,3	-0,3						

Примітки: 1. П – поширеність; З – захворюваність; 2. Пароксизмальна тахікардія та миготлива аритмія;

2014 р.: Абс. дані: П – 77919; З – 13165; Показник на 100 тис. нас.: П – 220,7; З – 37,2

2016 р.: Абс. дані: П – 81971; З – 13671; Показник на 100 тис. нас.: П – 234,4; З – 39,1

2017 р.: Абс. дані: П – 85048; З – 14350; Показник на 100 тис. нас.: П – 244,4; З – 41,2

* Статистичні показники 2014–2017 років у зв'язку із суспільно-політичними обставинами в Україні можуть бути з деякою похибкою; дані за 2018–2020 рр. відсутні

Таблиця 30. Поширеність та захворюваність хворобами системи кровообігу в Україні серед дорослих (абсолютні дані)

Роки	Усі хвороби		Хвороби системи кровообігу			Гіпертонічна хвороба (усі форми)			Ішемічна хвороба серця			Інфаркт міокарда			Цереброваскулярні хвороби			Інсульт (усі форми)		
	II	З	II	З	III	II	З	III	II	З	III	II	З	III	II	З	III	II	З	
2000	58925969	22878226	17749123	2271592	2271592	7645306	949798	5918672	614883	46943	46658	2515289	374108	124975	108195					
2005	64897974	21484176	23372273	2345860	10696231	982052	7879562	644569	49670	49670	49670	3068986	376365	119117	102434					
2007	70504013	23432021	24531427	2358103	982972	11340580	8298062	649462	49142	49142	49142	3117564	373541	105513	105513					
2008	68050720	21363283	25265674	2396269	11009545	11666536	8544983	673177	50368	50368	50368	3169288	375524	107124	107124					
2009	68989902	21620183	25576108	2338668	973807	11889737	8657608	650191	50296	50296	50296	3185686	369527	105836	105836					
2010	69367216	21322646	25896126	2303119	12122512	956134	8843165	644079	50004	50004	50004	3198061	369134	106427	106427					
2011	69458403	20855454	26123952	2257123	12292642	934496	8968272	628503	49978	49978	49978	3192923	361974	110753	110753					
2012	68970992	20120977	26231358	2234607	12286823	933350	9028604	614673	50562	50562	50562	3170428	351436	111615	111615					
2013	68890563	19882648	26200923	2176805	12153040	896757	9014275	597928	50744	50744	50744	3122985	348881	111953	111953					
2014	59618301	17113288	22354901	1813572	10416308	728368	7779915	486767	40924	40924	40924	2557591	308256	94104	94104					
2015	59893251	17082546	22381985	1779828	10450502	704632	7804725	477165	42371	42371	42371	2551645	298854	96319	96319					
2016	60020109	17340820	22303564	1766188	10421402	696295	7794938	474514	42047	42047	42047	2528013	299734	97805	97805					
2017	59379593	16777516	22199563	1725137	10385533	681869	7751199	463253	40786	40786	40786	2521601	290557	96978	96978					

Пароксизмальна тахікардія та миготлива аритмія (абсолютні дані):

2014 р.: II – 77 919; З – 13 165

2016 р.: II – 81 971; З – 13 671

2017 р.: II – 85 048; З – 14 350

* Дані за 2018–2020 роки відсутні

Таблиця 31. Поширеність та захворюваність хворобами системи кровообігу в Україні серед дорослих (на 100 тис. нас.)

Роки	Усі хвороби		Хвороби системи кровообігу		Гіпертонічна хвороба (усі форми)		Ішемічна хвороба серця		Інфаркт міокарда		Цереброваскулярні хвороби		Інсульти (усі форми)	
	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З
2000	145027,7	56307,6	43683,9	5590,8	18816,5	2337,6	14566,9	1513,3	115,5	114,8	6190,6	920,7	307,6	266,3
2005	170913,3	56580,1	61552,5	6178,0	28169,3	2586,3	20751,4	1697,5	130,8	130,8	8082,4	991,2	313,7	269,8
2007	176882,4	58786,9	64676,2	6217,0	29899,0	2591,6	21877,5	1712,3	129,6	129,6	8219,3	984,8	278,2	278,2
2008	179711,8	56417,2	66722,8	6328,2	30809,6	2666,1	22566,0	1777,8	133,0	133,0	8369,6	991,7	282,9	282,9
2009	182623,7	57231,0	67702,7	6190,7	31473,4	2577,8	22917,6	1721,1	133,1	133,1	8432,9	978,2	280,2	280,2
2010	183990,8	56556,5	68687,3	6108,8	32154,0	2536,1	23455,8	1708,4	132,6	132,6	8482,6	979,1	282,3	282,3
2011	184754,9	55474,2	69488,0	6003,8	32697,6	2485,7	23855,0	1671,8	132,9	132,9	8493,0	962,8	294,6	294,6
2012	184012,7	53682,2	69984,5	5961,9	32780,9	2490,2	24088,1	1639,9	134,9	134,9	8458,6	937,6	297,8	297,8
2013	184286,6	53187,3	70089,1	5823,1	32510,1	2398,9	24113,8	1599,5	135,7	135,7	8354,2	933,3	299,5	299,5
2014	168849,2	48467,8	63312,9	5136,3	29500,8	2062,9	22034,1	1378,6	115,9	115,9	7243,5	873,0	266,5	266,5
2015	170417,8	48606,0	63684,8	5064,2	29735,4	2004,9	22207,2	1357,7	120,6	120,6	7260,3	850,3	274,1	274,1
2016	171599,4	49578,0	63766,6	5049,6	29795,1	1990,7	22286,0	1356,7	120,2	120,2	7227,7	856,9	279,6	279,6
2017	170634,5	48212,2	63793,1	4957,4	29844,1	1959,4	22274,0	1331,2	117,2	117,2	7246,1	835,0	278,7	278,7

Пароксизмальна тахікардія та миготлива аритмія (показник на 100 тис. населення):

2014 р.: П – 220,7; З – 37,2

2016 р.: П – 234,4; З – 39,1

2017 р.: П – 244,4; З – 41,2

* Дані за 2018–2020 роки відсутні

Таблиця 32. Поширеність та захворюваність населення працездатного віку хворобами системи кровообігу

Роки	Хвороби системи кровообігу			Гіпертонічна хвороба (усі)			Ішемічна хвороба серця			Інфаркт міокарда			Цереброваскулярні хвороби			Пароксизмал. тах. і миг. ар.			Інсульти (усі форми)		
	П	З	І	П	З	І	П	З	І	П	З	І	П	З	І	П	З	І	П	З	І
Абсолютні дані																					
2014	8 261 293	9 107 02	4 525 879	2 252 044	2 066 626	1 194 8	1 194 8	60 661 8	1 110 02	2 586 2	57 53	23 170	23 179								
2016	8 177 511	8 818 04	4 573 718	2 170 030	2 020 11	1 248 3	1 248 3	60 116 5	1 068 77	2 546 5	53 24	23 550	23 550								
2017	8 077 548	8 492 89	4 517 740	2 150 582	1 963 24	1 185 3	1 185 3	59 841 3	1 018 36	2 559 5	55 42	22 983	22 983								
На 100 тисяч працездатного населення																					
2014	32 756,6	3 611,0	17 945,4	1618,7	8 929,5	819,3	47,4	47,4	2 405,3	440,1	102,6	22,9	91,9								
2016	33 290,3	3 589,8	18 619,4	1 588,9	8 834,1	822,4	50,8	50,8	2 447,3	435,1	103,7	21,6	95,9								
2017	33 349,7	3 506,5	18 652,4	1 626,8	8 879,1	810,6	48,9	48,9	2 470,7	420,4	105,6	22,9	94,9								
Відсоток працездатних до дорослих хворих взазаній нозології (%)																					
2014	37,0	50,2	43,4	56,0	28,9	42,4	29,2	29,2	23,7	36,0	33,2	43,7	24,6								
2016	36,7	49,9	43,9	56,1	27,8	42,6	29,7	29,7	23,8	35,7	31,1	38,9	24,1								
2017	36,4	49,2	43,5	54,7	27,7	42,4	29,1	29,1	23,7	35,0	30,1	38,6	23,5								

Усі хвороби – 2014: **абс. дані:** П – 34 225 389; З – 13 648 736; **на 100 тис. нас.:** П – 135 706,2; З – 54 118,2

Усі хвороби – 2016: **абс. дані:** П – 34 176 576; З – 13 73 6120; **на 100 тис. нас.:** П – 139 131,6; З – 55 919,2

Усі хвороби – 2017: **абс. дані:** П – 33 415 793; З – 13 157 359; **на 100 тис. нас.:** П – 137 963,5; З – 54 322,7

Частка працездатних серед дорослих у поширеності усіх хвороб складає – 56,3% (2017 р.)

Частка працездатних серед дорослих у захворюваності на усі хвороби – 78,4% (2017 р.)

* Статистичні показники 2014–2017 років у зв'язку із суспільно-політичними обставинами в Україні можуть бути з деякою похибкою; дані за 2018–2020 рр. відсутні

Таблиця 35. Поширеність та захворюваність хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини у 2014 році

Назва	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (Д)*		Ревматоїдний артрит та інші (Д)*		Ревматоїдний артрит (Д)*		Артрози (Д)*		Сольові артропатії (Д)*		Системний червоний вовчак (В)	
	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.
Україна (абс. дані)	3 390800	1 045629	285 046	52 734	103 745	6 435	1124895	195813	90939	11867	5940	301
Україна (на 100 тис. населення)	9 603,3	2 961,4	807,3	149,4	293,8	18,2	3 185,9	554,6	257,6	33,6	13,8	0,7

Примітка: * – Д – серед дорослих 18 років і старших; В – все населення

Таблиця 36. Поширеність та захворюваність хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини у 2017 році

Назва	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (Д)*		Ревматоїдний артрит та інші (Д)*		Ревматоїдний артрит (Д)*		Артрози (Д)*		Сольові артропатії (Д)*		Системний червоний вовчак (В)	
	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.
Україна (абс. дані)	3 419299	1 019573	282 985	50 440	100 376	6 070	1122539	193384	93980	11168	6058	270
Україна (на 100 тис. населення)	9825,8	2929,9	813,2	144,9	288,4	17,4	3225,8	555,7	270,1	32,1	14,3	0,6

Примітка: * – Д – серед дорослих 18 років і старших; В – усе населення

Таблиця 37. Поширеність та захворюваність населення працездатного віку хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини у 2014 році

Назва	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини		Ревматоїдний артрит та інші		Ревматоїдний артрит		Артрози		Сольові артропатії		Системний червоний вовчак	
	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.
Україна (абс. дані)	1 897835	726 992	124693	31616	44247	3759	358447	90962	35549	6225	3878	232
Україна (на 100 тис. населення)	7 525,1	2 882,6	494,4	125,4	175,4	14,9	1 421,3	360,7	141,0	24,7	15,4	0,9

Таблиця 38. Поширеність та захворюваність населення працездатного віку хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини у 2017 році

Назва	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини		Ревматоїдний артрит та інші		Ревматоїдний артрит		Артрози		Сольові артропатії		Системний червоний вовчак	
	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.	Пошир.	Захвор.
Україна (абс. дані)	1 869525	702236	120 465	29 962	41441	3569	354395	91393	36359	6101	3960	207
Україна (на 100 тис. населення)	7 718,7	2 899,3	497,4	123,7	171,1	14,7	1463,2	377,3	150,1	25,2	16,3	0,9

Таблиця 39. Показники смертності усього населення від окремих хвороб у 2014, 2016, 2018, 2019, 2020 рр.

Назва регіону	Усі хвороби	Хвороби системи кровообігу	Ішемічна хвороба серця	Інфаркт міокарда	Гіпертонічна хвороба (усі форми)	Церебро-васкулярні хвороби	Інсульти	Ревматизм (усі форми)
2014 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1474,8	992,0	682,6	27,5	1,3	204,9	84,8	2,0
Україна (абс. дані)	632296	425607	292862	11801	578	87890	36378	839
2016 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1503,6	1010,7	697,2	25,7	1,2	197,7	83,8	1,7
Україна (абс. дані)	583631	392298	270608	9977	447	76733	32539	661
2018 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1481,9	998,3	694,5	24,0	1,0	181,5	81,5	1,5
Україна (абс. дані)	587665	392060	269753	9662	367	76906	32612	598
2019 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1464,8	988,1	689,1	25,1	0,9	178,5	81,7	1,4
Україна (абс. дані)	581114	389348	268341	10065	323	76232	32836	519
2020 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1597,2	1056,6	745,6	26,3	1,0	187,1	85,3	1,1
Україна (абс. дані)	616835	408163	284667	10376	355	78121	33444	424

Таблиця 40. Показники смертності населення працездатного віку від окремих хвороб у 2014, 2018, 2019, 2020 рр.

Назва регіону	Усі хвороби	Хвороби системи кровообігу	Ішемічна хвороба серця	Інфаркт міокарда	Гіпертонічна хвороба (усі форми)	Церебро-васкулярні хвороби	Інсульти	Ревматизм (усі форми)
Україна (на 100 тис. нас.)	493,8	152,8	85,8	9,8	0,9	29,9	25,9	1,0
Україна (абс.дані)	124534	38532	21639	2472	230	7529	6538	262
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	19,7	9,1	7,4	20,9	39,8	8,6	18,0	31,2
	2018 рік							
Україна (на 100 тис. нас.)	491,8	162,7	82,5	8,1	0,7	29,3	25,7	0,7
Україна (абс.дані)	109565	35800	18542	1825	145	6585	5741	154
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	18,6	9,1	6,9	18,9	39,5	8,6	17,6	25,8
	2019 рік							
Україна (на 100 тис. нас.)	469,3	157,7	80,7	8,0	0,7	26,6	23,2	0,6
Україна (абс.дані)	106249	35515	18602	1828	143	6158	5346	128
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	18,3	9,1	6,9	18,2	44,3	8,1	16,3	24,7
	2020 рік							
Україна (на 100 тис. нас.)	512,3	174,2	90,5	9,2	0,7	31,7	27,4	0,6
Україна (абс.д.)	117566	39839	21079	2153	153	7401	6373	139
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	19,1	9,8	7,4	20,7	43,1	9,5	19,1	32,8

Таблиця 41. Смертність всього населення України від серцево-судинних і судинно-мозкових хвороб у 2014–2020 рр.

	2014 р.		2015 р.		2017 р.		2018 р.		2019 р.		2020 р.	
	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.
Усі хвороби	632296	1474,8	594796	1391,0	574123	1353,6	587665	1481,9	581114	1464,8	616835	1597,2
ХСК	425607	992,0	404551	946,1	384810	907,3	392060	998,3	389348	988,1	408163	1056,6
ІХС	292862	682,6	278714	651,8	264926	624,6	269753	694,5	268341	689,1	284667	745,6
ІМ	11801	27,5	10063	23,5	9689	22,8	9662	24,0	10065	25,1	10376	26,3
ЦВХ	87890	204,8	79775	186,6	75733	178,6	76906	181,5	76232	178,5	78121	187,1
Інсульты	36378	84,8	33753	78,9	32065	75,6	32612	81,5	32836	81,7	33444	85,3

Таблиця 42. Смертність працездатного населення України від серцево-судинних і судинно-мозкових хвороб у 2014–2020 рр.

	2014 р.		2015 р.		2017 р.		2018 р.		2019 р.		2020 р.	
	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.	Абс. число	На 100 тис.
Усі хвороби	124534	493,8	111494	447,7	105136	434,1	109565	491,8	106249	469,3	117566	512,3
ХСК	38532	152,8	35422	142,2	34023	140,5	35800	162,7	35515	157,7	39839	174,2
ІХС	21639	85,8	19074	76,6	17695	73,1	18542	82,5	18602	80,7	21079	90,5
ІМ	2472	9,8	1930	7,8	1899	7,8	1825	8,1	1828	8,0	2153	9,2
ЦВХ	7529	29,9	6961	28,0	6691	27,6	6585	29,3	6158	26,6	7401	31,7
Інсульты	6538	25,9	6094	24,5	5833	24,1	5741	25,7	5346	23,2	6373	27,4

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ НА РОЗВИТОК І ПЕРЕБІГ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА СУДИННО-МОЗКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Актуальність обраної тематики пов'язана з нестабільністю соціально-політичної ситуації в країні, що призвела до погіршення психічного здоров'я населення та підвищення серцево-судинного ризику в значній частини населення (військовий контингент, який бере участь в АТО, 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 пост-стресорні 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.

Встановлено тісний зв'язок між серцево-судинною патологією та психосоціальними факторами. Відповідно до літературних даних тривоги, депресію, посттравматичний стресовий розлад відносять до самостійних факторів ризику розвитку цілої низки соматичної патології, в першу чергу хвороб системи кровообігу (Pietrzak R.H., 2011; Arenson M., 2017). Відтак, важливим є ідентифікувати стресостійких індивідуумів серед зазначеної когорти пацієнтів. Така ідея привернула велику зацікавленість до ролі стресостійкості в розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу. Показано, що у чоловіків, які мали низьку стресостійкість в пубертаті, відмічається зростання ризику виникнення артеріальної гіпертензії в дорослому віці на 40% (Crump C., 2016). Існують літературні дані стосовно асоціації рівня стресостійкості в пізньому підлітковому віці та підвищеного ризику ранньої серцевої недостатності (Robertson J., 2017). Триває дослідження стресостійкості в пацієнтів з ішемічною хворобою серця для визначення впливу першої на розвиток ускладнень та довготривалий прогноз у зазначеної когорти пацієнтів (Lemos C.M.M., 2016).

Результати проведених дослідження свідчать про наявність асоціації стресостійкості з кардіоваскулярною патологією. Однак, роль стійкості до стресу – здатності людини правильно адаптуватися та справитися зі стресом – і те як стресостійкість може впливати на розвиток і перебіг серцево-судинної та судинно-мозкової патології раніше не оцінювалися.

Проблема стрес-індукованої патології в світі активно почала вивчатися наприкінці минулого століття. Профілактика серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань є однією з найбільш пріоритетних задач, оскільки 2/3 факторів ризику обумовлені способом життя, серед яких до психосоціальних відносять

різноманітні стресогенні події життя, хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість сімейних стосунків та ін. (S. Stansfeld, 2012; Jankowski P., Kotseva K., 2013). З іншого боку, епідеміологічні данні свідчать про зростання поширеності ССЗ, не дивлячись на зусилля медичної спільноти. Невідповідність між реалізованими зусиллями та отриманими результатами змушує думати про багатовимірний простір факторів ризику, середовищем для прояву яких, є психосоціальна сфера (D. Dudek, A. Sobanski, 2013).

На сьогоднішній день психосоціальний дистрес та асоційовані з ним тривога і депресія визнані незалежними чинниками ризику ССЗ (Dimsdale, J.E., 2008; Погосова Г.В., 2007). Серцево-судинна реактивність у відповідь на стрес відображає активність симпатичної нервової системи та залежить від індивідуальної схильності, факторів навколишнього середовища та біосоціального статусу пацієнта. Крім того, психосоціальні фактори можуть сприяти підвищенню рівня смертності через інші фактори ризику, такі як паління, зловживання алкоголем, низька фізична активність, ожиріння.

Тим не менш, кожне з ССЗ розглядається з позиції багатофакторності їх етіології, тобто для виникнення хвороби необхідно поєднання певних факторів (Смулевич А.Б., 2011). В цій частині надзвичайного значення набуває коморбідна патологія. Визначення співвідношення між психологічними аспектами та соматичною патологією є одним із сучасних актуальних способів дослідження механізмів розвитку, профілактики, діагностики та лікування.

В ДУ Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, проблема психосоматичних розладів у кардіологічній практиці вперше почала вивчатись з 2003 року у відділі медико-соціальних проблем кардіології та лабораторії наукових проблем амбулаторної допомоги. 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 на Сході України значно загострилася. Прогнозується, що стрес-індукована патологія в майбутньому буде визначати провідний тягар медико-соціального спрямування. Перші дослідження впливу на серцево-судинну

патологію тривожно-депресивних розладів у жінок вивчали О.В. Малацківська, І.М. Горбась (2008), непсихотичні депресивні розлади у літніх пацієнтів з коморбідною соматичною патологією вивчали О.С. Чабан, О.О. Хаустова (2008), при серцево-судинній патології – Ватутін Н.Т. зі співавторами (2013), при артеріальній гіпертензії – І.В. Дроздова (2006), при ішемічній хворобі серця – Нетяженко М.М. зі співавторами (2012). Аналіз психосоматичних розладів в практиці лікаря-інтерніста досліджували В.М. Ждан, І.П. Кайдашев, Г.В. Невоїт (2011). Вивчення стресостійкості та її асоціація з серцево-судинними захворюваннями у постраждалих внаслідок бойових дій раніше вітчизняними вченими проводилось не достатньо.

Рівень здоров'я громадян, а відповідно їх середня тривалість якісного життя, формується під впливом визнаних у світі чотирьох складових: природних (генетичних і екологічних) та соціально-економічних умов, суспільно-політичних, а також здравоохоронних профілактичних і медичної допомоги, 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 робітники, 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 компонента, 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 будуть 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.

Наукові дослідження проводилися в акредитованих клініках ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН (Акредитаційний сертифікат з 5.10.2020 р. до 4.10.2023 р. за № 015000 серією МЗ МОЗ України), які атестовані на підставі Закону України «Про метрологію та метрологічну діяльність» відповідно до «Правил уповноваження та атестації в державній метрологічній системі».

Об'єкт дослідження – дані офіційної статистики, медичні карти амбулаторного та стаціонарного хворого, тематичні діагностичні анкети. Всього обстежено 2947 хворих.

Мета дослідження:

вивчити вплив стресостійкості на розвиток і перебіг серцево-судинної та судинно-мозкової патології в умовах збройного конфлікту; розробити модель індивідуальної профілактики та комплексного надання медичної допомоги хворим з серцево-

судинною патологією і супутніми розладами, пов'язаними з травмою чи впливом стресу.

Методи дослідження – клінічні, соціологічні, патофизиологічні, інформаційно-аналітичні, статистичні, лабораторні, інструментальні.

Для дослідження негативних чинників впливу, у відділі медико-соціальних проблем кардіології 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, які додаються. Також використовувались:

1. Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS;
2. Коротка шкала тривоги, депресії та 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 Раге;
9. Бостонський тест на стресостійкість;
10. Торонтська шкала алекситимії TAS-20 для дослідження рівня емоційного інтелекту, алекситимії, як фактора ризику психосоматичних розладів;
11. Скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості Міні-мульти, 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 психоємційного стану кардіологічного пацієнта пропонувалось дати відповіді на питання госпітальної шкали тривоги та депресії, розробленої Zigmond A.S. та Snaith R.P. в 1983 р. і до сьогоднішнього дня через простоту використання та обробки інформації є найбільш рекомендованою у загально соматичній практиці для первинного виявлення 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 проаналізувати 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 поведження 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. Дану шкалу варто використовувати для скринінгових обстежень великих контингентів.

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. Пункти, які використовують у цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСТ згідно з класифікацією DSM-5.

Міссісіпська шкала була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T. M., et al., 1987, 1988). На сьогодні вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСТ. 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 направлені 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 (Holmes, Rahe, 1967) призначена для самостійної оцінки «рівня стресу» і «стресостійкості», але може з успіхом застосовуватися при діагностиці психосоматичних захворювань. Доктора Холмс і Раге вивчали залежність захворювань від різних стресогенних життєвих подій у більш ніж п'яти тисяч пацієнтів. Вони прийшли висновку, що психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певне число балів, залежно від ступеня стресогенності.

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS) – 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 чутливість по відношенню до інших людей, низьку емоційну залученість в повсякденному житті.

2.1. Оцінка результатів дослідження

2.1.1 Дослідження кардіологічних хворих на третинному етапі

Хвороби системи кровообігу посідають провідне місце в формуванні таких базових показників здоров'я, як поширеність хвороб, смертність, тривалість життя тощо. За визначенням ВООЗ, в розвинених країнах світу на них припадає більше половини всіх проблем в системі охорони здоров'я. В дослідженні взяли участь учасники бойових дій (УБД), які звернулись про допомогу до ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН.

За 2021 рік за *кардіологічною допомогою третинного рівня* звернулося 123 пацієнти – учасники бойових дій – (УБД); з них:

- консультаційних обстежень – 82 (66,6%);
- лікувально-діагностичних – 11 (9,0%);
- МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) – 30 (24,4%);
- інших причин звернень не було.

За 2019–2021 рр. за *кардіологічною допомогою третинного рівня* звернулося 595 пацієнти – учасники бойових дій – (УБД); з них:

- консультаційних обстежень – 299 (50,2%);
- лікувально-діагностичних – 167 (28,1%);
- МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) – 118 (19,8%);
- інші причини звернень – 11 (1,9%).

У 2021 р. за *нозологією захворювань* розподіл наступний:

Артеріальна гіпертензія у поєднанні з ускладненнями з боку серцево-судинної системи (ІХС, СН – ішемічна хвороба та серцева недостатність) – 85 пацієнтів (69,8%);

Артеріальна гіпертензія у поєднанні з цереброваскулярними порушеннями (транзиторна ішемічна атака (ТІА), гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – не зафіксовано;

Есенціальна гіпертензія та вторинна артеріальна гіпертензія – 3 (2,4%);

Міокардити та кардіоміопатії – 8 (6,5%)

Ревматичні захворювання – 7 (5,8%);

Ішемічна хвороба серця – 3 (2,4%);

Після інфарктний кардіосклероз – 3 (2,4%);
Соматоформна дисфункція на фоні психоемоційних навантажень та інші загальні обстеження – 11 (9,0%);
Порушення ритму та провідності – 2 (1,7%);
Пролабування мітрального клапану – відсутні.
Госпіталізовано – УБД – 15 пацієнтів до різних відділень ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України.

У 2019–2021 рр. за нозологією захворювань розподіл наступний:
Артеріальна гіпертензія у поєднанні з ускладненнями з боку серцево-судинної системи (ІХС, СН – ішемічна хвороба та серцева недостатність) – 261 пацієнтів (43,8%);
Артеріальна гіпертензія у поєднанні з цереброваскулярними порушеннями (транзиторна ішемічна атака (ТІА), гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – 16 (2,7%);
Есенціальна гіпертензія та вторинна АГ – 42 (7,1%);
Міокардити та кардіоміопатії – 67 (11,3%);
Ревматичні захворювання – 28 (4,7%);
Ішемічна хвороба серця – 24 (4,0%);
Після інфарктний кардіосклероз – 16 (2,7%);
Соматоформна дисфункція на фоні психоемоційних навантажень та інші загальні обстеження – 44 (7,4%);
Порушення ритму та провідності – 21 (3,5%);
Пролабування мітрального клапану – 26 (4,4%);
Стенокардія – 50 (8,4%).
Госпіталізовано – УБД – 95 пацієнтів до різних відділень ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України.

У зв'язку із пандемією COVID-19 та запровадженням жорстких карантинних обмежень, у 2020 та 2021 роках зменшилась кількість пацієнтів – учасників бойових дій, які зверталися за спеціалізованою кардіологічною допомогою.

1. За результатами дослідження стану здоров'я кардіологічних хворих на третинному етапі медичної допомоги встановлено, що посттравматичний стресовий розлад (ПТРС) та розлади адаптації є незалежними факторами ризику розвитку ХСК.

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

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

4. Дослідження впливу стресостійкості постраждалих із стрес-асоційованими розладами в умовах збройного конфлікту сприятиме покращанню їх лікування, реабілітації і профілактиці.

2.1.2. Оптимізація кардіологічної допомоги третинного рівня хворим із стрес-асоційованою коморбідною патологією

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.

Розглядаючи питання погіршення психічного здоров'я на тлі епідемії серцево-судинних захворювань на думку спадають результати дослідження INTERHEART: серед 30000 учасників із 52 країн у третини обстежених були виявлені психосоціальні фактори та стресові життєві події, які практично втричі підвищували ризик серцевих нападів.

Результати досліджень, проведених нашими 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 (ПТСР) та розлади адаптації (РА). Особливостями військових подій у країні 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 на все населення України. 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.

За останні роки, з огляду на нагромадження критичної маси нових даних, змінився підхід до розуміння формування постстресорних станів. Зокрема, у 2013 році було опубліковано п'яте видання діагностичного статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), в якому застосовано зовсім інший підхід до класифікації – поєднання комплексу клінічної симптоматики та генетичної схильності до тих чи інших захворювань. Відтепер ПТСР, що раніше відносився до тривожних розладів, перемістився в окрему главу, пов'язаних з травмою чи впливом стресу, куди входять і РА. Це дає нам можливість оцінити спорідненість їх витоків, отримати уявлення про можливі напрямки профілактики та лікування.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 450 осіб зазначених груп:

I. Учасники бойових дій з хворобами системи кровообігу:

1.1. ПТСР (F43.1 – 75 чол.)

1.2. РА (F43.2 – 75 чол.)

1.3. Без порушення психічного стану (75 чол.)

II. Вимушені переселенці з хворобами системи кровообігу:

2.1. ПТСР (F43.1 – 75 чол.)

2.2. РА (F43.2 – 75 чол.)

2.3. Без порушення психічного стану (75 чол.)

Критерії включення в дослідження:

1. Особи, віком від 18 до 60 років, які безпосередньо приймали участь у бойових діях та при обстеженні мають діагноз ішемічної хвороби серця (з інфарктом міокарда та без в анамнезі), гіпертонічної хвороби, поєднання ІХС із ГХ, кардіоміопатії та супутніми ПТСР чи РА.

2. Згода пацієнта на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

1. Менше одного місяця від моменту бойових дій.

2. Гострий інфаркт міокарда.
3. Гостре порушення мозкового кровообігу.
4. Гострий або хронічний запальний процес будь-якої локалізації.
5. Відмова пацієнта.

Методи дослідження:

1. Клінічні:

1.1. Збір анамнезу.

1.2. Об'єктивне обстеження.

1.3. Клініко-психопатологічне обстеження за допомогою обраних клінічних та психодіагностичних шкал і тестів: анкета вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб системи кровообігу; коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР; клінічна діагностична шкала (CAPS); Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій; госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS); шкала депресії Бека; шкала Гамільтона (HDRS); шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна; визначення стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Холмса і Раге; бостонський тест на стресостійкість.

1. Лабораторні та інструментальні:

2. Варіабельність серцевого ритму.

3. Метаболічні біомаркери (холестерин і його фракції, альбумін).

4. Імунологічні біомаркери (С-реактивний протеїн).

Результати дослідження

Середній вік обстежених вимушених переселенців (51,95±14,93).

Розподіл за нозологіями наступний:

1. Пацієнти з гіпертонічною хворобою I–III стадії – 32% (72 осіб);

2. Пацієнти з ІХС – 20% (45 осіб);

3. Пацієнти з порушеннями ритму – 12% (27 осіб);

4. Серопозитивний ревматоїдний артрит – 7% (16 осіб);

5. Псоріатичні та ентеропатичні артропатії – 5% (11 осіб).

Середній вік обстежених учасників бойових дій склав (43,81±10,00); вікові межі 19–54 роки.

Розподіл обстежених за нозологіями такий: ледова частка (46%) представлена пацієнтами з гіпертонічною хворобою тієї чи іншої стадії, 20% мали ішемічну хворобу серця, 11% – міокардит. Окрім того, 7,6% страждали на цукровий діабет.

Показники індексу маси тіла в межах норми відмічались у 42,3%, тоді як 27% мали надлишкову вагу, а 30,7% – ожиріння того чи іншого ступеня.

Звертає на себе увагу поширеність порушення ліпідного обміну серед обстежених. Зокрема, гіперхолестеринемію спостерігали у 75,2% обстежених, гіпертригліцеридемію – у 41,6%, а комбіновану дисліпідемію (одночасне підвищення холестерину та тригліцеридів) – у 35,4%.

Стосовно інших модифікованих факторів ризику серцево-судинної патології, то фізичною активністю займаються лише 11,5%, курять – 57,3%, зловживають алкоголем – 7,7%. Остання цифра викликає багато сумнівів і, на нашу думку, проблема є набагато більшою, особливо серед досліджуваного контингенту. Однак питання зловживання алкоголем замовчується з огляду на можливий осуд з боку суспільства.

Висновки

1. 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 (військовий контингент, який бере участь в АТО і ООС, а також потерпілі внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь) за рахунок перенесеного травматичного стресу.

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

3. Надання медичної допомоги повинно бути комплексним та включати консультацію психолога чи психотерапевта задля впливу на нові модифіковані фактори кардіоваскулярного ризику (ПТСП, РА і т. д.).

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

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

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

2.1.3. Інсульти у пацієнтів з кардіологічною патологією

Проблема цереброваскулярних захворювань є однією з актуальних у сучасній клінічній медицині у зв'язку зі значною частотою їх розвитку, великим відсотком інвалідизації та смертності. Найбільш тяжкою формою судинних захворювань є інсульт – гетерогенний клінічний синдром вогнищевого ураження головного мозку, пов'язаний з гострим порушенням його кровопостачання. Інсульт займає одне з перших місць серед причин смертності і завжди перше місце серед причин 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 він 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.

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.

Матеріали і методи дослідження

Важливим у кардіоневрології є розробка тактики ведення пацієнтів у ранньому постінсультному періоді, так як у 70% хворих з інсультом виявляють коморбідні кардіологічні захворювання: серцеву недостатність, порушення ритму серця, ангінозні напади, неконтрольовану АГ. Для відновлювальної терапії необхідна співпраця кардіолога та невролога.

Мета дослідження:

Вивчити причини розвитку та клінічні прояви гострих інсультів у кардіологічних пацієнтів.

Матеріал і методи дослідження:

У дослідження увійшло 62 пацієнта, 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, шкала ком Глазго); 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).

Діагноз «Інсульт» 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%).

Результати дослідження

Попередній діагноз «інсульт» розглядався в 168 випадках, але в результаті обстеження, у більшій частини пацієнтів були виявлені

інші захворювання: гостра метаболічна енцефалопатія – у 52 (30,9%); ТІА у 24 (14,2%); параліч Топа після епіліптичного 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 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%); правої 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, дизартрія) – 34,6%, зорові – у 30,7%; атактичні – у 26,9%, сенсорні – у 23%.

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

Серед пацієнтів, які увійшли в дослідження, кардіоемболічний 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 атеротромбоемболія.

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) Всі 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 вертебро-базиллярному басейні (6 осіб).

КардіоеMBOLІЧНІ ІНСУЛЬТИ (КЕ) виникли у 31 пацієнта, що склало 50%. В структурі кардіоеMBOLІ 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 вертебро-базиллярному 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 міокарду (17%); клапанна ФП, міокардит та ДКМП (по 9%), міксосома (1 пацієнт).

В 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. Не адекватна 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.

Висновки

1. 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.

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

3. 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.

2.1.4. Особливості психотерапевтичної допомоги у кардіології

Життя в сучасних умовах 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 персоналізований підхід до терапії. Тобто, врахування індивідуальних, характерологічних особливостей пацієнта, терапія коморбідних психічних розладів, які за поширеністю займають друге місце після серцево-судинних.

Все 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 загальномедичну 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 відділом медико-соціальних проблем кардіології 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 велику 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 загально-медичну 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 відділі медико-соціальних проблем кардіології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска».

ДОСЛІДЖЕННЯ № 1

Мета дослідження: дослідити особистісні риси та психосоціальні фактори життя пацієнтів амбулаторного прийому і стаціонарних відділень; оцінити їхній вплив на перебіг основного захворювання проведенням патопсихологічного обстеження.

За поточний рік проконсультовано 198 пацієнтів ННЦ. З них – 37 з амбулаторного прийому, 161 – стаціонарних відділень.

Результати дослідження

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 хвороби, налаштованість на співпрацю із лікарем тощо, за наявності показань, проводилась індивідуальна психотерапевтична робота, – напрямок, обсяг, форма та методика якої визначались індивідуально у кожному випадку. За наявності вираженої симптоматики, індивідуальна психотерапія поєднувалась із фармакотерапією.

У випадках, коли індивідуальна робота не мала прогнозованої ефективності або показань, але були виявлені виражені симптоми

психічних розладів, таких як; порушення сну, пригнічений настрій, клінічний рівень тривожних, панічних, депресивних синдромів; вегетативні симптоми, що обтяжували перебіг основного захворювання, ускладнювали процес лікування, погіршували прогноз, – призначались психофармакологічні засоби, з урахуванням особливостей основного захворювання.

Висновки

Застосування патопсихологічного дослідження при роботі з кардіологічними пацієнтами надає можливість отримати більш повне та об'єктивне уявлення, та розробити індивідуальний план роботи, що відповідатиме особливостям та потребам даної особистості.

ДОСЛІДЖЕННЯ № 2

Мета дослідження: вивчення впливу музичної терапії на здоров'я людини в межах спільної роботи відділу медико-соціальних проблем кардіології ННЦ і кафедри акустичних та мультимедійних електронних систем Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського».

Проведено 24 експерименти. В дослідженні брали участь 6 жінок, 5 чоловіків. Загальна кількість експериментів – по 12 в обох групах. Музичну освіту мали: 3 особи (чоловіки). В групі жінок скарги на самопочуття перед обстеженням були наявні у 6-ти випадках (головний біль, порушення сну, загальна слабкість). У групі чоловіків скарги перед експериментом – у трьох (почуття тривоги, дратівливість, головний біль).

Результати дослідження

Рівень вираженості тривоги (визначався з допомогою стандартизованої Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)):

0–7 балів (норма) – 6 випадків (чоловіки), 11 випадків (жінки);

8–10 (субклінічний ступінь вираженості) – 5 у чоловіків, 1 у жінок;

11 та вище (клінічний ступінь вираженості) – 1 у чоловіків.

Рівень вираженості депресії (визначався з допомогою стандартизованої Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)):

0–7 балів (норма) – 10 випадків (чоловіки); 12 випадків (жінки);

8–10 (субклінічний ступінь вираженості) – 2 у чоловіків;

11 та вище (клінічний ступінь вираженості) – 0.

Порушення сну: чоловіки: у 4 випадках якість сну оцінювалась, як незадовільна; жінки: у 8 випадках якість сну оцінювалась, як незадовільна (труднощі засинання, сон неглибокий, недостатньо тривалий, відсутність бадьорості після пробудження).

Після сеансу: В групі чоловіків в 10 випадках відмічалось розслаблення, покращення самопочуття, зменшення почуття тривоги, дратівливості, (за наявності скарг до початку сеансу), у 2 випадках – не помітили суттєвої зміни стану. Серед жінок: у 8 випадках – розслаблення, покращення самопочуття, зменшення головного болю (за наявності скарг до початку сеансу), 4 випадки – без суттєвих змін.

Висновки

Дана позитивна оцінка впливу музичної терапії на здоров'я людини, особливо у стані роздратування, тривоги і депресії.

ДОСЛІДЖЕННЯ № 3

Мета дослідження: Дослідити механізми психофізіологічної адаптації людини в екстремальних умовах (ускладнені суспільно-політичні і соціально-економічні умови, війна). Розглянути методологічні підходи до психофізіологічної оцінки і прогнозування порушення функціонального стану хворих із ССЗ в умовах кардіологічного стаціонару та оцінити вплив на перебіг основного захворювання проведенням психологічного обстеження групи пацієнтів та оцінити отримані дані в умовах війни.

Під адаптацією людини розуміють складний соціально-біологічний процес її пристосування як індивідуума до нових умов існування. Успішність діяльності людини в екстремальній обстановці визначається не стільки ступенем ефективності адаптаційного процесу, скільки здатністю індивіда певний час зберігати адекватність регуляції свого функціонального стану.

Основним типом емоційного реагування є астено-депресивний тип (44,1%), який проявляється в зниженому настрої, низькій праце-

здатності та громадській активності. Другим за поширеністю є агресивно-експлозивний тип (17,5%), що виявляється в підвищеній збудливості, утрудненості соціальних контактів. Відзначено і інші типи реагування, але всі вони досить рідкісні і не настільки виражені.

Для більшості психотичних реакцій характерно наступне:

- високий рівень психічної напруженості;
- агресивність, озлобленість;
- схильність до афектів і імпульсивних розрядів внутрішньої напруги;
- зниження орієнтації на моральні норми і правила.

Поняттю адаптації може надаватися кілька значень:

а) адаптація використовується для позначення процесу, при якому організм пристосовується до середовища;

б) адаптація використовується для позначення відносин рівноваги (відносної гармонії), що встановлюється між організмом і середовищем;

в) під адаптацією розуміється результат пристосувального процесу;

г) адаптація пов'язується з якоюсь визначеною «метою», до якої «прагне» організм.

Адаптивні реакції людини у відповідь на дію факторів середовища забезпечуються не окремими органами, а особливим чином організованими і субпідрядними між собою системами, що поєднують центри нервової системи і виконавчі органи, що належать до різних анатомо-фізіологічних структур. В комплексі наук про людину виділяються наступні рівні: соціальний, соціально-психологічний, психологічний, фізіологічний, морфологічний і генетичний.

Адаптаційний процес можна розглядати на різних рівнях його протікання, тобто на рівнях міжособистісних відносин, індивідуальних поведінкових проявів, базових психічних функцій, психофізіологічної регуляції, фізіологічних механізмів забезпечення діяльності, функціонального резерву організму, здоров'я. У людини в цьому ряді вирішальну роль відіграє психічна адаптація, значною мірою здійснюючи вплив на адаптаційні процеси, що відбуваються на інших рівнях.

Поведінкові реакції в цей період несуть основну захисну функцію, що забезпечує мінімізацію дії адаптогенних факторів і

перенапруги регуляції. Наступна фаза процесу адаптації характеризується тим, що «під прикриттям поведінкової адаптації починає формуватися нова програма розгортання регулюючих механізмів, починає будуватися нова структура гомеостатичного регулювання». Наявність пошукової активності (незалежно від ефекту, що досягається) поліпшує психологічну і психофізіологічну адаптацію, тоді як відмова від пошуку погіршує її.

Коли пошук оптимальної програми закінчується, настає остання фаза адаптаційного процесу – фаза стабільної адаптації, яка характеризується стабілізацією показників адаптації, у тому числі параметрів ефективності діяльності, що встановлюються на новому, більш оптимальному рівні.

Деадаптація може виникнути внаслідок короточасних і сильних впливів середовища на людину або під дією менш інтенсивних, але тривалих впливів. Вона виявляється в різних порушеннях діяльності: у зниженні продуктивності праці та її якості, у порушеннях дисципліни праці, у підвищенні аварійності і травматизму. Критеріями психофізіологічної адаптації вважаються стан здоров'я, настрої, рівень тривожності, ступінь стомлюваності, активність поведінки. Стійкі порушення психічної адаптації виявляються в клінічно виражених психопатологічних синдромах і/або відмовленні від діяльності.

Деадаптація характеризується зниженням адаптивності за рахунок зменшення резерву адаптації внаслідок зменшення активності організму. Дія факторів, що сприяють збільшенню працездатності, забезпечує відновлення втраченого рівня адаптації, що одержало назву реадаптації.

Під дією психоемоційного стресу погіршується професійна надійність працівників та знижується працездатність, виявляються дизадаптаційні реакції. Особливо це стосується людей з порушенням стану здоров'я.

Використання психофізіологічних підходів надає значні можливості для проведення корекції функціональних станів (ФС) та відновлення працездатності людей, у тому числі з хворобами серцево-судинної системи.

У міжнародній класифікації хвороб визначені нозологічні форми, що мають етіологічний зв'язок із впливом інформаційного

чинника в умовах війни: психічні розлади та розлади поведінки (клас V), гостра реакція на стрес (F43), реакція на важкий стрес і порушення адаптації (F43.0), посттравматичний стресовий розлад (F43.1); фактори, що впливають на стан здоров'я населення й звернення до установ охорони здоров'я (Клас XXI): потенційна небезпека для здоров'я, пов'язана із соціально-економічними й психосоціальними обставинами (Z55-Z65), проблеми, пов'язані з роботою та безробіттям (Z56), загроза втратити роботу (Z56.2), напружений робочий розклад (Z56.3), конфлікт із начальником і товаришами по службі (Z56.4), невідповідна робота (Z56.5), інше фізичне та психічне напруження в роботі (Z56.6); до депресій відносяться депресивні епізоди (F32), рекурентні депресивні розлади (F33) та інші.

Стрес, що виник під дією умов війни прийнято розподіляти, на дві групи – невисокої і підвищеної інтенсивності. На дію психогенних факторів при суспільно-політичній і соціально-економічній кризі організм людини відповідає «реакцією тривоги». Вона виникає в кожній особі, може варіюватися за ступенем виразності (це залежить від індивідуальних особливостей), і продовжується протягом короткого проміжку часу.

«Реакція тривоги» завершується формуванням «стану резистентності» (стійкості) за рахунок мобілізації і компенсаторних механізмів організму. У цьому стані людина спроможна виконувати поставлені завдання. Під впливом стресу, що продовжується, «стан резистентності» змінюється фазою виснаження.

У практиці психології та фізіології праці для оцінки функціонального стану застосовуються різні методичні прийоми. В тому числі методика тестуючих навантажень, суть якої – у порівнянні показників якої-небудь функції до і після виконання дозованого стандартного навантаження або діяльності. Методика зручна, але отримані дані, як правило, неспецифічні для конкретного функціонального стану по виду діяльності. Методика інтенсифікуючих навантажень заснована на вивченні динаміки показників при збільшенні на короткий проміжок часу інтенсивності конкретної діяльності, якою зайнята людина. Методика додаткових навантажень передбачає ускладнення звичайної для людини діяльності за рахунок пред'явлення додаткових завдань.

Стосовно оцінки ФС людини також виділяють два підходи: моно- і поліпараметричний. Суть першого підходу у використанні для оцінки стану організму показників функціонування однієї із систем, зазвичай, ЦНС, серцево-судинної, респіраторної, вегетативної або системи крові. Найбільш характерним прикладом такої оцінки може служити метод варіаційної пульсометрії: розглядати серцево-судинну систему як індикатор адаптаційних реакцій цілісного організму, а частоту серцевих скорочень як інтегральний показник, що чутливо реагує на зміну ФС людини. За даними R-R інтервалів кардіограми розраховуються статистичні показники серцевого ритму, визначається індекс напруги, будується гістограма розподілу варіаційної пульсограми й кореляційна ритмограма. Аналіз динамічних характеристик серцевого ритму дозволяє оцінювати характер діяльності серцево-судинної системи й прогнозувати ФС людини.

Найбільш істотним недоліком монопараметричного підходу є неспецифічність спостережуваних змін показників для конкретних ФС. У цьому випадку правильно говорити не про оцінку і тим більше прогнозування ФС, а про визначення ступеня активності й напруги функціонування тих або інших систем організму.

Вважається загальноvizнаним, що оцінити ФС людини, особливо військового або фахівця на відповідальній посаді, можливо реалізацією поліпараметричного підходу з використанням комплексу діагностичних методик. Це обумовлене тим, що під ФС розуміється системна відповідь організму на конкретну діяльність, що володіє достатнім ступенем стійкості і допускає в певних межах коливання окремих показників за умови збереження структури взаємодії цих функцій між собою. Тому при оцінці ФС важливо виявляти не тільки кількісні або якісні характеристики показників різних систем, але й ступінь їх взаємодії.

Провідним принципом інтегральної оцінки ФС є співставлення досліджуваних показників з результатами праці людини. Мінливість ФС під впливом різних факторів середовища проживання, тривалості й характеру діяльності визначають необхідність його вивчення безпосередньо в процесі роботи, на його різних етапах або в ході адекватного моделювання основного виду трудової діяльності.

Описовий характер уявлення про функціональний стан людини не дозволяє адекватно оцінити всю спостережувану різноманітність змін різних показників. Тому поліпараметричний підхід аналізується шляхом формування різних інтегральних показників, які розраховуються у вигляді середньоарифметичного або середнього геометричного значення показників, що реєструються. Істотним недоліком такого інтегрального показника є ігнорування великої варіабельності значень окремих показників і не врахування різної значимості показників у підсумковій оцінці.

Одним з підходів до оцінки працездатності є вимірювання «ціни діяльності», тобто необхідних для її виконання психологічних і фізіологічних витрат організму. Це дуже важливий показник оскільки в ході виконання будь-якої діяльності завжди настає період, коли результативна сторона діяльності залишається на попередньому рівні, а психофізіологічні витрати на підтримку цього рівня зростають.

На підставі зазначених критеріїв усі функціональні стани можна розділити на припустимі й неприпустимі. Питання про належність до того або іншого класу вирішується індивідуально в кожному конкретному випадку. Не можна вважати стан неприпустимим тільки тому, що він приводить до зниження ефективності діяльності і є наслідком виснаження психофізіологічних резервів. Неприпустимою є така виразність стомлення, при якій ефективність діяльності виходить за нижню межу заданих параметрів (оцінка за критерієм надійності) або з'являються ознаки перевтоми (оцінка за критерієм ціни діяльності).

На підставі критерію адекватності реакції відповіді організму всі стани можна поділити на дві групи – адекватної мобілізації і динамічної неузгодженості. Стани адекватної мобілізації характеризуються повною відповідністю ступеня напруги функціональних систем організму вимогам, що пред'являються конкретною діяльністю. Цей стан може порушуватися під впливом різноманітних причин: тривалості діяльності, підвищеної інтенсивності розвитку її стомлення тощо. У цьому випадку виникають функціональні стани динамічної неузгодженості, при яких реакція відповіді організму неадекватна навантаженню або необхідні психофізіологічні витрати перевищують можливості організму.

При оцінці функціонального стану важливо відзначити, що не всі показники рівнозначні за своєю діагностичною цінністю. Так питома вага різних характеристик серцево-судинної системи, наприклад варіабельності ритму серця (ВРС), у підсумковій оцінці функціонального стану значно вища, чим багатьох інших показників. Це пов'язане з тим, що вони є неспецифічними інтегруючими, що чутливо реагують не тільки на зміни в енергетиці організму, але й на зрушення в роботі активаційних структур.

Таким чином, програма оцінки функціонального стану людини, особливо військового або фахівця високого рівня, і прогнозування надійності їх професійної діяльності в екстремальних умовах є актуальною.

Разом з тим визнається, що конкретному виду, змісту професійної діяльності повинні відповідати певні психологічні, фізіологічні та інші параметри оцінки функціональної надійності і певний рівень їх змін.

Незважаючи на численні дослідження і теоретичну розробленість, прикладні факти цієї проблеми залишаються недостатньо вивченими. Існуючі в цей час психофізіологічні підходи до прогнозування професійної діяльності людини в особливих умовах праці (екстремальних і бойових умовах) носять різноспрямований характер, що вимагає створення комплексного підходу, основною ланкою якого може стати оцінка функціональної надійності відповідального працівника, заснована на діагностиці функціонального стану й резервних можливостей організму. Крім того, дослідження функціональної надійності людини в кризових умовах обумовлює необхідність подальшого розвитку єдиних поглядів на форми й рівні прояву функціональних станів (від нормальних до патологічних) і їх різних впливів на ефективність професійної діяльності.

Наслідки від тривалого проживання людини в тяжких суспільно-політичних і соціально-економічних умовах мають величезний вплив на її поведінкові реакції, а також збереження психічного здоров'я (фізіологічних, психологічних і духовних якостей), що дозволяє їм повернутися до ефективного виконання службових обов'язків.

Проаналізовано особливості стресу в умовах суспільно-політичної і соціально-економічної кризи останніх років, які

полягають у дії таких чинників: інтенсивності стрес-фактора, раптовості, небезпеці, тотальному впливу на великі групи людей, а також тривалим і важким плином пост-екстремальних психічних розладів, тривалість відриву від батьківщини (заробітчани), незвична географічна, кліматична і культурна обстановка, особливості взаємин із місцевим населенням, недостатність інформації про реальну обстановку, її динамічність та важкість прогнозування, необхідність свідомо знаходитися в загрозовій для життя ситуації і сприяти її вирішенню.

Для оцінки ступеня адаптації людей та зміни у їх функціональному стані в екстремальних умовах діяльності виділяють наступні групи критеріїв: об'єктивні – успішність виконання службових обов'язків, показники суспільної активності, показники загальної і професійної спрямованості, стабілізація рівня індивідуально-типологічних та когнітивних функцій (увага, пам'ять, мислення); нормалізація функціонально-діагностичних та електрофізіологічних показників ЦНС та серцево-судинної системи; суб'єктивні – самооцінка порушення функціонального стану, рівень тривожності, агресивності тощо. Наявні психофізіологічні підходи до прогнозування можливих змін у функціональному стані людини і відповідно адекватності їх поведінки під впливом екстремальних умов життя і діяльності носять фрагментарний характер і не враховують вплив ситуації, що склалася в східному регіоні України, та вимагає розроблення нових психофізіологічних критеріїв оцінки і прогнозування зміни функціонального стану організму людини в умовах, пов'язаних з підвищеною небезпекою, для профілактики розвитку дизадаптації (невротичні та психічні розлади, пресуїцидальні стани, серцево-судинні порушення тощо) у людей, в ускладнених суспільно-політичних і соціально-економічних умовах.

2.2. Опитування за анкетами, щодо впливу стресу в залежності від вираженої стресостійкості

В ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» було проведено опитування за спеціально розробленими анкетами (додаються), щодо впливу стресу залежно від вираженої стресостійкості.

2.2.1. Дослідження шляхом анкетування № 1

Мета дослідження: дослідити особистісні риси та психосоціальні фактори життя пацієнтів кардіологічного стаціонару та оцінити їхній вплив на перебіг основного захворювання, проведенням патопсихологічного обстеження групи пацієнтів та оцінити отримані дані в умовах війни (ДОДАТОК 3, анкета № 1).

Матеріали і методи дослідження:

Була обстежена група з 234 пацієнтів (161 жінка, 73 чоловіки) з різних відділень ННЦ, з різноманітною серцево-судинною та ревматологічною патологією. Соціологічне та патопсихологічне обстеження проведено за допомогою анкетування, включаючи питання анамнезу захворювання, ставлення пацієнта до своєї хвороби, способу життя, соціального, сімейного статусу, особливостей відносин з оточуючими і рідними, наявних особистісних та психологічних ресурсів, очікувань і сподівань пацієнта. Також використовувались стандартизовані шкали: Торонтська шкала алекситимії TAS-20 (скорочений варіант), скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості Міні-мульти, шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.), опитувальник ВООЗ WHO-5 «Індекс здоров'я». Висновки робились згідно із стандартними інтерпретаційними тестами.

Результати дослідження:

Середній вік обстежених жінок – 53,0 р. (18–79 рр.), чоловіків – 50,3 р. (19–80 рр.). З обстежених жінок, 63,9% мали вищу освіту, 36,1% – середню; серед чоловіків – 68,4% та 31,6% відповідно.

З опитаних працюючими були 46,0% жінок (31,0% повна, 14,9% – часткова зайнятість) та 65,6% чоловіків (54,7% повна, 10,9% часткова зайнятість); 15,5% жінок та 26,0% чоловіків мали інвалідність.

З метою вивчення рівню алекситимії як фактору ризику психосоматичних та коморбідних психічних розладів досліджувався рівень емоційного інтелекту за допомогою Торонтської шкали TAS-20.

Встановлено, що в групі жінок алекситимічні порушення мали 50,2% обстежених (27,9% – високий рівень алекситимії, 22,3% – підвищений); серед чоловіків – 45,0% (26,0% та 19,0% відповідно). В обох групах переважало підвищення за шкалою «труднощі ідентифікації почуттів».

Застосування скороченого багатфакторного опитувальника для дослідження особистості «Міні-муль» дозволило дослідити особистісні риси та ступінь їх вираженості у пацієнтів (особливості характеру, акцентуація, порушення, дезадаптація), типи психологічних захистів, поширеність тривожних, депресивних реакцій, особливості ставлення до свого здоров'я, сприйняття діагнозу, схильність до соматизації внутрішніх конфліктів та стресових ситуацій, основні потреби та шляхи розвитку.

Оцінюючи об'єктивність отриманих результатів, що у даній методиці визначається як різниця між балами по шкалах «надійність» та «корекція» ($F - k$), серед опитаних жінок, у 50,3% випадків отримані дані є достовірними. Що свідчить про адекватне сприйняття своєї особистості та стану здоров'я – без прагнення перебільшувати або недооцінювати власні труднощі.

У 36,0% випадків спостерігаються аграваційні тенденції (яскраво виражені у 23,6%, менш значущі у 12,4%), які, між тим, необов'язково мають рентний зміст, а скоріше свідчать про надмірну самокритичність, дезадаптацію, відсутність психологічного комфорту, схильність перебільшувати, драматизувати наявні проблеми та особливості характеру.

Дисимулятивні результати у 13,6% (5,5% та 8,1% відповідно).

Серед чоловіків: 57,5% – результат достовірний; 17,8% – агравація (10,9% – значна, 6,8% помірною); 24,6% – дисимуляція (15% та 9,5% відповідно). Об'єктивність результатів, як і тенденції

до агравації чи дисимуляції, зумовлені як особистісними рисами, так і життєвою ситуацією, ставленням до обстеження і лікування, соматичним станом, та ін.

Досліджувані характерологічні особливості, мали різну ступінь вираженості, варіюючись від норми до психічного порушення або дезадаптації. Так, серед чоловіків: 5,4% обстежених – норма (відсутність психологічних особливостей); 42,4% – певні психологічні особливості; 47,9% – одна або більше шкал на рівні акцентуації (вища границя норми, загострення особистісних рис, що може зумовлювати складність міжособистісних відносин; 4,3% – стан психічної дезадаптації.

Аналізуючи особливості профілів, зверталась увага на підвищення до рівня особливостей і вище (від 56 у Т – балах), або зниження шкал (нижче 40 у Т-балах), що свідчить про наявність та ступінь вираженості особистісних рис чи порушень, характерних механізмів психологічного захисту, дозволяє розробити індивідуальну модель та спрогнозувати ефективність лікування.

Серед чоловіків, найменш поширеною виявилась шкала «к» – корекції – 49,3%; найпоширенішою – «Ра» – шкала паранойяльності або ригідності, за рахунок зниження – 34,2%, загальне поширення – 84,9%; друге місце за поширеністю – 75,3%, але з такими ж відсотками по зниженню – «Рd» – імпульсивності. Найчастіше підвищення до рівня особливостей відмічалось за шкалою «Нs» – іпохондрії або надмірного контролю – 49,3% від загального поширення 63%. Також поширеними є особливості за шкалою «Pt» – тривожності, при чому, від 79% загального розповсюдження, 34,2% – підвищена тривожність, 23,2% – знижена. Найбільша кількість акцентуацій за шкалою «Ma» – гіпоманії, оптимістичності – 21,9% від 72,6% загалом, при цьому, гіпертимність як особливість, є найменш вираженою – 13,6%. Також поширеними є акцентуації з шкалами «D» – депресії (10,9% від 58,9%) та «Pa» (10,9% від 84,9%). Найменш поширеною є акцентуація за шкалою «Sc» – шизоїдності або індивідуальності, хоча особливості даного типу є доволі поширеними – по 20,5% зі зниженням та підвищенням 57,5%.

У групі жінок: найменш поширена шкала «L», як загалом, так і на рівні особливостей – 41,6% та 0,6% відповідно, разом з тим, по

цій шкалі найбільший відсоток знижених результатів – 19,1%. Найпоширенішою є шкала «Ну» – 77,6%, переважає підвищення на рівні особливостей – 44%. Друга за частотою – «Рт» – 75,7%, що достатньо поширена на різних рівнях – від особливостей до дезадаптації. Також поширеними є особистісні риси за шкалою «Нс». Найбільша кількість акцентуацій характеру – за депресивним типом (шкала «D»).

Рівень якості життя, група чоловіків: 2,7% оцінили рівень свого життя, як дуже високий, 26,02% – високий; 58,9% – середній; 10,9% – низький; 1,36% – вкрай низький. Жінки: 2,48% – дуже високий; 26,08% – високий; 54,6% – середній; 15% – низький; 1,24% – вкрай низький.

Рівень здоров'я (WHO-5): чоловіки: відмінний рівень – 1,36%; добрий – 24,6%; задовільний – 26,02%; низький – 31,5%; життєво небезпечний – 16,4%. Жінки: відмінний – 1,24%; добрий – 14,9%; задовільний – 14,9%; низький – 41,6%; життєво небезпечний – 27,3%.

Висновки:

1. Пацієнти кардіологічних відділень чоловічої статі переважно середнього або молодого віку (39,7% та 32,8%); 68,4% мають вищу освіту; 54,7% працюють повний робочий день, а серед жінок переважає середній вік – 49,6% та похилий – 26,7%; 63,9% мають вищу освіту, 31% працюють повний робочий день;

2. 50,3% жінок та 45% чоловіків мають алекситимічні порушення (недостатньо розвинений емоційний інтелект), але переважає алекситимія у жінок, що зумовлює схильність до соматизованих, тривожних та депресивних розладів відповідно. В обох статей переважають труднощі ідентифікації почуттів (67,9% у жінок, 66,6% у чоловіків від загального рівню алекситимічних порушень), що ускладнює опрацювання та вираження власних емоцій, знижує здатність до рефлексії, підвищуючи ймовірність виникнення коморбідних психічних розладів;

3. У 36% жінок та 17,8% чоловіків спостерігається тенденція до надмірної самокритичності, перебільшення, підкреслення існуючих проблем та труднощів, що може погіршувати самопочуття, ускладнювати процес лікування. 24,6% чоловіків та 13,6% жінок схильні недооцінювати важкість свого стану, що може ставати причиною

невчасного звернення за медичною допомогою. 42,4% чоловіків та 38,7% жінок мають певні характерологічні особливості, що не сягають рівню акцентуації, або порушення, але можуть вливати на перебіг хвороби, сприйняття себе та світу, взаємодію з лікарем;

4. В групі чоловіків, порівняно з жінками, більша кількість особистісних профілів в межах норми (5,4% та 3,7%), менше порушень, виражених на рівні дезадаптації (4,3% та 25,4%). Але такі відмінності можуть бути наслідком більшої схильності чоловіків до зменшення, недооцінення наявних проблем та труднощів. Найбільша кількість знижених результатів серед чоловіків за шкалами «Pa» (34,2%) – паранойяльності, ригідності та «Pd» (34,2%) – імпульсивності, що свідчить про зниження мотивації досягнень, брак спонтанності, невпевненість, пригнічення здорової агресії, сприяє розвитку соматизованих тривожно-депресивних розладів.

5. Серед характерологічних особливостей у чоловіків найпоширенішими є іпохондричні («Hs») – 49,3%, тривожні («Pt») – 34,2% та емоційна лабільність (Hy) – 30,1%. Найменш поширені особливості за типами: «Pd» – 15,06%, «k» 20,5%, «D» – 20,5%, «Sc» – 20,5%. Найбільша кількість акцентуації за гіпертичним «Ma» типом (21,9%). Також поширеними є типи «D» (10,9%) – депресивний та «Pa» (10,9%) – паранойяльний, ригідний. Найменша кількість акцентуацій за шизоїдним типом («Sc») – 2,7%. Найпоширеніші дезадаптації за шкалою «Hy» – 4,1%.

6. Серед жінок найбільша кількість знижених результатів за шкалою «L» (брехні) – 19,0%, та «k» (корекції) – 19,2%, внаслідок тенденції до надмірної самокритичності, схильності підкреслювати проблеми чи труднощі, відсутності бажання показати себе якнайкраще. Найпоширенішими серед жінок є психологічні особливості за шкалою «Hy» (емоційної лабільності) – 44%, іпохондричні («Hs») – 41,6%, тривожні («Pt») – 34,7%. Найменш поширеними є характерологічні риси за типом «Pd» (імпульсивності) – 22,9%. Найпоширенішою є акцентуація за депресивним типом («D») – 18,0%. Найменш поширені акцентуації – «Pa» (паранойяльні) «Sc» (шизоїдні) – по 7,4%. Кількість дезадаптивних порушень серед жінок (25,4%) також не є достатньо об'єктивною через поширеність тенденції до підкреслення важкості свого стану в цій групі. Найпоширеніші дезадаптації за тривожним типом «Pt» – 8,0%;

7. Свій рівень якості життя більшість опитаних обох статей оцінили як середній, – 58,9% (чоловіки), 54,6% (жінки), це свідчить про наявність певних проблем, що знижують якість життя, а 10,9% та 1,36% чоловіків та 15% та 1,24% жінок оцінюють свій рівень життя як низький та вкрай низький. Значний відсоток опитаних обох статей відчують рівень свого здоров'я як низький та життєво небезпечний – 31,5% та 16,4% (чоловіки), 41,6% та 27,3% (жінки), що часто не відповідало важкості соматичного стану, є фактором психічного стресу, та потребує корекції психолога, психотерапевта;

8. Застосування патопсихологічного дослідження при роботі з кардіологічними пацієнтами надає можливість отримати більш повне та об'єктивне уявлення, та розробити індивідуальний план роботи, що відповідатиме особливостям та потребам даної особистості.

Стратегія, що враховує вплив індивідуальних особистісних рис та психосоціальних факторів на перебіг захворювання та якість життя, наближення лікування до потреб особистості, персоналізована медицина – один з провідних підходів у сучасному світі. Саме такий підхід вивчається відділом медико-соціальних проблем кардіології ДУ «ІНЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска».

Все більше наукових досліджень присвячується дослідженню впливу коморбідної психічної патології та негативних соціальних факторів та їх патопластичного ефекту. Важливим та актуальним є інтеграція методів психологічної діагностики та психотерапевтичних підходів, що відповідає актуальній концепції піклування не тільки про здоров'я, а й про якість життя пацієнта.

Серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною смертності у світі протягом останніх 10 років, причому їх питома вага зросла за останні 15 років на 20%. Сучасні медичні досягнення збільшили тривалість життя, але його якість залишається незадовільною, в тому числі, через велику кількість емоційних, стресових розладів та психосоматичних симптомів. Поширеність психосоматичних розладів – від 15 до 50% у популяції. У загальномедичній галузі такі порушення складають від 30 до 57%. Крім того, деякі кардіологічні нозології, наприклад, артеріальна гіпертензія, відносяться до «класичних» психосоматичних захворювань. Також, все більше досліджень щодо впливу психо-

емоціональних факторів на інші кардіологічні патології, зокрема інфаркт міокарда.

Сучасні 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 мати певні психологічні особливості людини та негативні психосоціальні фактори. Наприклад, 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.

2.2.2. Дослідження шляхом анкетування № 2

Мета дослідження: за допомогою впровадженої у відділі анкети визначити психосоціальний портрет пацієнта кардіологічного профілю (ДОДАТОК 3, анкета № 1).

Для цього вивчалися особливості анамнезу захворювання, сімейного анамнезу, наявності супутньої патології (особлива увага приділялась нозологіям, які визнані ВООЗ психосоматичними), способу життя, прихильності до лікування, соціального, сімейного статусу, особливостей відносин з оточуючими і рідними, наявних особистісних та психологічних ресурсів, очікувань і сподівань пацієнта. Також використовувались стандартизовані шкали: Торонтська шкала алекситимії TAS-20 (скорочений варіант), скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості Міні-мульти, шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., Хаустова О.О.), опитувальник ВООЗ WHO-5 «Індекс здоров'я». Висновки робились згідно стандартних інтерпретацій тестів.

Матеріали і методи дослідження:

Обстежено 209 пацієнтів із серцево-судинною та ревматологічною патологією. Відповідно до результатів обстеження,

соматичного стану, ступеня вираженості супутніх психічних порушень, індивідуальних характерологічних особливостей, надавалась диференційована спеціалізована допомога.

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 особливості пацієнта, зокрема, готовність до змін, відсутність «вторинної вигоди» від хвороби, налаштованість на співпрацю із лікарем та ін., проводилась індивідуальна психотерапевтична робота, напрямок, обсяг, форма та методика якої визначались індивідуально у кожному випадку (когнітивно-поведінкова, раціональна, тілесно-орієнтована, арттерапія, екзистенційна терапія, монодрама та ін.). За наявності вираженої симптоматики, індивідуальна психотерапія поєднувалась із фармакотерапією.

У випадках, коли індивідуальна робота не мала прогнозованої ефективності, але були виявлені виражені симптоми психічних розладів: порушення сну, пригнічений настрій, клінічний рівень тривожних, панічних, депресивних синдромів, вегетативні симптоми, що обтяжували перебіг основного захворювання, ускладнювали процес лікування, погіршували прогноз, призначались психофармакологічні засоби, з урахуванням соматичного стану і особливостей основного захворювання.

Результати дослідження:

З 209 обстежених пацієнтів, психофармакологічну терапію отримували 78 осіб (37,3%); індивідуальну психотерапію – 25 осіб (11,9%); комбіновану індивідуальну та фармакотерапію – 29 (13,8%); групову психотерапію – 24 (11,4%). Скринінгове патопсихологічне обстеження з метою виявлення психосоціальних особливостей пройшли 45 (21,5%); комбінацію індивідуального та групового методів – 2 (0,9%); індивідуального, групового та фармакотерапевтичного – 2 (0,9%). У чотирьох осіб (1,9%) не було виявлено показань для додаткового лікування.

Висновки:

Проведене дослідження 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 все більш широкого кола фахівців, зокрема долучення психосоматичних факторів до рекомендацій провідних медичних асоціацій.

2.2.3. Дослідження шляхом анкетування № 3

Мета дослідження: опитування за спеціально розробленою анкетою, щодо впливу стресу в залежності від вираженої стресостійкості (ДОДАТОК 3, анкета № 2).

Матеріали і методи:

У 2020 р. співробітниками відділу проконсультовано 198 пацієнтів. З них – 37 з амбулаторного прийому, 161 – зі стаціонарних відділень. Виявлено: депресивних розладів – 56% (111 випадків), тривожних розладів – 30,3% (60 випадків), 13,6% (27 випадків) – припало на змішані тривожні та депресивні розлади, соматоформні, розлади адаптації та ін. 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. Обсяг та тривалість психотерапевтичної допомоги визначалося кожного разу індивідуально, в залежності від індивідуальних особливостей, соматичного стану та потреб пацієнта.

Протягом 2020–2021 рр. в опитуванні взяли участь 340 осіб різного віку та гендерної приналежності.

Результати дослідження:

З опитаних 340 осіб, стресостійкими виявилися 12,6% (43 особи), 53,5% (182 особи) – знижений рівень стресостійкості, не стійкі до стресу – 33,8% (115 осіб). З високим рівнем стресостійкості – жодного.

На питання «Скільки років вважаєте себе хворим?» відповідь дали 179 анкетованих (52,6%). З них: – вважають себе хворими більше 10 років 35,7% (64 особи), – менше п'яти років 64,2% (115).

Частота звернень до лікаря до 2014 р.: один-два рази на рік – 83,5% (284), більше трьох разів – решта опитаних, а після 2014 року збільшилась серед 257 осіб (75,5%), у решти – не змінилась або зменшилась.

З усіх хворих фізично активними були 115 людей (33,8%).

Вимушено змінили місце проживання 37,3% (127 осіб).

З опитаних 15,8% (54) майже щоденно вживали алкогольні напої, зловживали тютюнопалінням – 21,4% (73); жодна людина не вживала наркотичні засоби. Психостимуляторами користувались 2,9% (10).

Серед опитаних хворих 215 (63,2%) мали зайву вагу.

Спадкові психічні захворювання відмітили 2% опитаних (7).

Відчуття серцебиття зазначили 87%, стан, який описують як «ком у горлі» – 37%, печію – 26%.

Порушення сну мають 64%, апетиту – 31%; розлади травлення у 27% а 38% відмітили часті головні болі.

Серед опитаних 87% з оптимізмом дивляться у майбутнє і будують плани. Зокрема, 61% мають можливість планувати відпустку щорічно.

23% не знайшли виду діяльності, що приносила б їм задоволення, а 12% вказали, що у своєму оточенні в межах проживання не мають жодної людини, на яку можна було покластися і довіритися. В той же час, 63% опитаних відчувають приналежність до групи однодумців.

Приналежність до певної конфесії відмітили 49%.

Харчуються лише 1-2 рази на день 21% опитаних, а 8% мають схильність їсти уночі.

Майже 79% опитаних можуть знайти час на улюблені справи.

87% користуються авторитетом у прийнятті рішень стосовно власного життя.

69% мають власний конструктивний спосіб боротьби зі стресом та вважають умови життя задовільними.

Перегляд телепередач з тривожним змістом викликає значний неспокій у 64%. Бажаючих активно обговорювати інформацію

негативного і провокуючого змісту (політичні баталії, бойові дії, епідемії) виявилось 39%. При цьому 37% відчувають безсилля щось змінити.

Серед 127 осіб, що були вимушені змінити місце проживання, тільки 16,5% (21) виявилися стресостійкими, решта – мають знижену чи відсутню.

Деякі оптимістичні твердження на зразок «Що не робиться, все на краще» та «Якщо перед Вами зачиняються двері, не треба забувати про відчинене вікно» – відмітили спорідненими 68%.

Висновки:

1. Дане дослідження виявилось корисним та перспективним для визначення ступеню стресостійкості та факторів ризику.

2. Розуміння ступеня стресостійкості, факторів ризику, способу життя та мислення хворих, дозволяє розробити індивідуальні оптимальні засоби психокорекції для кожного окремого випадку.

3. Переважно низька чи знижена стресостійкість серед осіб, що були вимушені змінити місце проживання, пов'язана із такими факторами: відсутність близьких людей у межах одного місця; неможливість знайти роботу, що приносить задоволення; завести бажаних хатніх тварин; виділити час на заняття, що приносять задоволення; суттєве зниження контролю над своїм життям, можливості приймати рішення; нав'язливе бажання переглядати та обговорювати телепередачі із тривожним змістом.

4. Виявлення ступеня стресостійкості та надання персоналізованої психотерапевтичної допомоги сприяє зростанню прихильності до лікування, знижує супутні симптоми, що погіршують стан хворого (прискорене серцебиття через тривожність, безсоння, пригнічений настрій тощо), скорочує тривалість лікування у стаціонарі, збільшує тривалість ремісії.

5. Психотерапевтична робота з хворими допомагає підвищити стресостійкість.

6. Робота з виявленими під час опитування особливостями способів життя та мислення пацієнтів, надало можливість спільно із хворим розробити індивідуальний план психогігієни, психо-профілактики та методів саморегуляції.

2.2.4. Дослідження шляхом анкетування № 4

Мета дослідження: В умовах пандемії COVID-19 значно ускладнилася ситуація не тільки соматичного, але й психічного здоров'я у зв'язку із зниженням стресостійкості, що потребує вивчення. В опитуванні брали участь пацієнти ННЦ (А) та співробітники В) (ДОДАТОК 3, анкети № 3–4).

А. Матеріали і методи:

В опитуванні взяли участь 54 пацієнти з яких 18 чоловіків (33,33%) та 36 жінок (66,66%) віком від 27 до 84.

А. Результати дослідження:

Відсутність змін в умовах праці зазначили 37 осіб (68,51%), здебільшого люди пенсійного віку. З них лише 7 (12,9%) працювали до карантину. Відмітили зміни в робочій діяльності 10 осіб (18,5%), із них троє (5,55%) занепокоєні цим питанням. Втратила робоче місце одна людина.

З 54 осіб на COVID-19 перехворіли 15 (27,74%) (мають позитивні ПЛР-тести); вважають, що перехворіли, але не мають лабораторного підтвердження, 12 (22,22%). Не хворіли та мають підтвердження цього 27 (50%).

За останній рік порушення сну помітили 28 осіб (51,8%), здатності зосередитись 10 (18,5%), тривога турбувала 13 (24,07%). Часті перепади настрою у 10 (18,5%), дратівливість за останній рік відчули 12 (22,22%).

У 16 (29,6 %) осіб зафіксовано два і більше симптомів, в той час як 12 (22,22%) не спостерігають у себе жодного.

З 15 осіб (27,77 %), що перехворіли на COVID-19, як наслідок хвороби відмітили наступні симптоми. Порушення: сну – 8, апетиту – два, здатності до концентрації – три; тривогу – 7; нав'язливі думки та передчуття поганих подій – 4; відсутність бадьорості зранку та напруження у тілі – по три людини; дратівливість – дві; бажання частіше звернутися до лікаря має одна людина; почуття спустошення відсутнє у опитаних.

Поточні новини, почуті із ЗМІ, викликають занепокоєння у 14 (25,9%) пацієнтів, дають відчуття контролю у 17 (31,48%), лякають 6 (11,11%), тривожать 9 (16,66%), дратують 13 (24,07%).

Щодо вакцинації, то із 54 пацієнтів обов'язково планують робити щеплення 17 (31,48%), не планують 23 (42,59%), якщо доведеться то зроблять 4 (7,4%). Ще роздумають над цим питанням 10 (18,5%).

За останній рік частіше відвідують кардіологів амбулаторно 16 осіб (29,6%), з них 5 (9,2%) потребують госпіталізації з приводу погіршення кардіологічних хвороб. У 32 (59,2%) частота відвідування лікаря не змінилася, а один пацієнт утримався від відповіді.

Відмічають погіршення самопочуття з боку серця 17 хворих: серцебиття – 12 (22,22%); болі в області серця – 13 (24,07%); підвищення артеріального тиску – 15 (27,74%); різні перепади артеріального тиску – 8 (14,81%).

В. Матеріали і методи:

В опитуванні брали участь також 30 співробітників ННЦ. З них 12 лікарів, 13 медсестер, 5 молодших сестер.

В. Результати дослідження:

З усіх опитаних медичних працівників постійно відчують стан нестабільності 10 (33,33%), періодично – 17 (56,66%). На робочому місці відчують тривогу 8 (26,66%), а три (10%) не відчують, спокійні.

На COVID-19 перехворіли, та мають лабораторне підтвердження 17 (56,55%), вважають, що перехворіли, але не мають підтвердження 4 (13,33%). Не хворіли 9 (30%).

Із співробітників, що перехворіли, або вважають себе хворими на COVID-19, як наслідок хвороби зазначили наступні симптоми: порушення сну – 17 (56,66%), порушення пам'яті – 6 (20%), тривогу – 6 (20%), почуття виснаження – 4 (13,33%), дратівливість – 4 (13,33%), погані передчуття – 2 (6,66%), відсутність бадьорості зранку – 3 (10%), зниження працездатності – 8 (26,66%).

У 15 (50%) співробітників ніколи не виникало бажання змінити роботу. Натомість 4 (13,33%), при можливості, змінили б, а 9 (36,66%) утрималися від відповіді. Активно шукає нову роботу один працівник.

17 осіб (56,66%) вдячні колективу за допомогу у боротьбі зі стресом. 13 (43,44%) завдячують сім'ї. Власне хобі допомагає 10 (33,33%). 8 відмітили відчуття власної необхідності на роботі.

Боротися зі стресом допомагають також медикаменти – 4 (13,3%). 5 (16,66%) знаходять відновлення у фізичних навантаженнях.

11 працюючих (36,66%) планують зробити щеплення від COVID-19; шість (20%) – ні. Вагаються дев'ять (30%). Не бажають відповідати два (6,66%). П'ять осіб виконують ПЛР тест відразу після контакту з потенційно хворою людиною. Бачить погіршення розвитку ситуації тільки одна людина. Сподіваються на покращення епідеміологічної ситуації 15 співробітників (50%).

2.2.5. Підсумкові висновки по анкетуванню (анкети 1–4)

1. Пацієнти кардіологічних відділень чоловічої статі переважно середнього або молодого віку (39,7% та 32,8%); 68,4% мають вищу освіту; 54,7% працюють повний робочий день, а серед жінок переважає середній вік – 49,6% та похилий – 26,7%; 63,9% мають вищу освіту, 31% працюють повний робочий день;

2. 50,3% жінок та 45% чоловіків мають алекситимічні порушення (недостатньо розвинений емоційний інтелект), але переважає алекситимія у жінок, що зумовлює схильність до соматизованих, тривожних та депресивних розладів відповідно. В обох статей переважають труднощі ідентифікації почуттів (67,9% у жінок, 66,6% у чоловіків від загального рівню алекситимічних порушень), що ускладнює опрацювання та вираження власних емоцій, знижує здатність до рефлексії, підвищуючи ймовірність виникнення коморбідних психічних розладів;

3. У 36% жінок та 17,8% чоловіків спостерігається тенденція до надмірної самокритичності, перебільшення, підкреслення існуючих проблем та труднощів, що може погіршувати самопочуття, ускладнювати процес лікування. 24,6% чоловіків та 13,6% жінок схильні недооцінювати важкість свого стану, що може ставати причиною невчасного звернення за медичною допомогою. 42,4% чоловіків та 38,7% жінок мають певні характерологічні особливості, що не сягають рівню акцентуації, або порушення, але можуть впливати на перебіг хвороби, сприйняття себе та світу, взаємодію з лікарем;

4. В групі чоловіків, порівняно з жінками, більша кількість особистісних профілів в межах норми (5,4% та 3,7%), менше порушень, виражених на рівні дезадаптації (4,3% та 25,4%). Але

такі відмінності можуть бути наслідком більшої схильності чоловіків до зменшення, недооцінення наявних проблем та труднощів. Найбільша кількість знижених результатів серед чоловіків за шкалами «Pa» (34,2%) – паранойяльності, ригідності та «Pd» (34,2%) – імпульсивності, що свідчить про зниження мотивації досягнень, брак спонтанності, невпевненість, пригнічення здорової агресії, сприяє розвитку соматизованих тривожно-депресивних розладів;

5. Серед характерологічних особливостей у чоловіків найпоширенішими є іпохондричні («Hs») – 49,3%, тривожні («Pt») – 34,2% та емоційна лабільність (Hy) – 30,1%. Найменш поширені особливості за типами: «Pd» – 15,06%, «k» 20,5%, «D» – 20,5%, «Sc» – 20,5%. Найбільша кількість акцентуації за гіпертичним «Ma» типом (21,9%). Також поширеними є типи «D» (10,9%) – депресивний та «Pa» (10,9%) – паранойяльний, ригідний. Найменша кількість акцентуацій за шизоїдним типом («Sc») – 2,7%. Найпоширеніші дезадаптації за шкалою «Hy» – 4,1%.

6. Серед жінок найбільша кількість знижених результатів за шкалою «L» (брехні) – 19,0%, та «k» (корекції) – 19,2%, внаслідок тенденції до надмірної самокритичності, схильності підкреслювати проблеми чи труднощі, відсутності бажання показати себе якнайкраще. Найпоширенішими серед жінок є психологічні особливості за шкалою «Hy» (емоційної лабільності) – 44%, іпохондричні («Hs») – 41,6%, тривожні («Pt») – 34,7%. Найменш поширеними є характерологічні риси за типом «Pd» (імпульсивності) – 22,9%. Найпоширенішою є акцентуація за депресивним типом («D») – 18,0%. Найменш поширені акцентуації – «Pa» (паранойяльні) «Sc» (шизоїдні) – по 7,4%. Кількість дезадаптивних порушень серед жінок (25,4%) також не є достатньо об'єктивною через поширеність тенденції до підкреслення важкості свого стану в цій групі. Найпоширеніші дезадаптації за тривожним типом «Pt» – 8,0%;

7. Свій рівень якості життя більшість опитаних обох статей оцінили як середній, – 58,9% (чоловіки), 54,6% (жінки), це свідчить про наявність певних проблем, що знижують якість життя, а 10,9% та 1,36% чоловіків та 15% та 1,24% жінок оцінюють свій рівень життя як низький та вкрай низький. Значний відсоток опитаних обох статей відчувають рівень свого здоров'я як низький та життєво небезпечний – 31,5% та 16,4% (чоловіки), 41,6% та 27,3% (жінки), що часто не

відповідало важкості соматичного стану, є фактором психічного стресу, та потребує корекції психолога, психотерапевта;

8. Застосування патопсихологічного дослідження при роботі з кардіологічними пацієнтами надає можливість отримати більш повне та об'єктивне уявлення, та розробити індивідуальний план роботи, що відповідатиме особливостям та потребам даної особистості.

2.3. Висновки

1. Психоневрологічні розлади є другими за значимістю після серцево-судинних захворювань та складають 12% усіх захворювань.

2. До 2025 року можна очікувати 15% років життя, втрачених внаслідок інвалідності від психоневрологічних розладів.

3. Психосоціальний дистрес та асоційовані з ним тривога та депресія визнані незалежними факторами ризику хвороб системи кровообігу.

4. Світовий показник психогенних порушень внаслідок локального військового конфлікту становить 10–25%.

5. Посттравматичний стресовий розлад становить 10–50% від усіх медичних наслідків бойових подій.

6. Фактори стресу воєнного часу мають нерівнозначний за вираженістю та наслідками вплив на показники здоров'я, морально-психологічний стан військових та цивільного населення.

7. Психоемоційні стрес-фактори мають більш виражений вплив, ніж фізичні стресори, що потребує розробки та реалізації комплексної програми протидії стресу, вироблення стресостійкості та постстресорної реабілітації.

8. Особливої уваги потребують питання своєчасного проведення реабілітаційних та ре-адаптаційних заходів для ветеранів АТО, учасників бойових дій, серед яких такі, що отримали контузії.

9. Своєчасне проведення комплексу заходів медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій дозволить відновити психофізичний стан військовослужбовців та сприятиме підвищенню боєздатності підрозділів на основі посттравматичного зростання особового складу.

10. Перехід до мирного життя є додатковим психотравмуючим фактором, який потребує створення умов для полегшення ре-соціалізації.

11. Вирішення медико-соціальних та соціально-психологічних проблем ветеранів АТО потребує створення системи реабілітаційної допомоги на основі мультидисциплінарного підходу, з метою комплексності лікувально-корегуючого впливу, значно до них наближеної.

12. Впровадження комплексних заходів і програм реабілітаційної допомоги та соціального захисту військовослужбовців, постраждалих та родин загиблих виступає фактором стабільності суспільства.

13. Наслідки військового конфлікту в Україні, прогностично ускладнені порушеннями психічного здоров'я через участь в бойових діях суспільно зближених громадян з вагомою часткою добровольців.

14. Коморбідна патологія тривожного та депресивного спектру потребує адекватної діагностики та лікування хвороб системи кровообігу.

15. Ефективність корекції розладів тривожного та депресивного характеру досягається поєднанням фармако- і психотерапії.

16. Залучення психолога або психотерапевта до лікування дозволить знизити ризик розвитку психогенних порушень.

17. Корекція психічного здоров'я та психологічний супровід мають бути складовими комплексної кардіологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов, К. В. Біопсихосоціальна модель допомоги у клінічній практиці: Цикл наукових праць / К. В. Аймедов. – Одеса : Прес-кур'єр, 2016. – 175 с. : іл., табл. – Бібліогр.: с. 153–167.

2. Александер Франц Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение / М. – ЭКСМО-Пресс. – 2002. – 352 с.

3. Андрущенко А.В. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А.В. Андрущенко, Д.В. Романов // Псих.расстр. в общ. мед. – 2010. – № 2. – С. 23-42.

4. Бенсон, Г. Чудо релаксации / Г. Бенсон. – М.: Книга, 2004. – 86 с.

5. Гаранян Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Журнал социальной и клинической психиатрии. -2003. – № 1. – С. 128–145.

6. Гічун В.С., Кириченко А., Мясников Г.В. та співавтори. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту / Монографія. – Дніпро. – 2019 р. – “Акцент ПП” – 323 с.

7. Грушевский Н.П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей (опыт работы терапевта)//Моск. психотер. журнал. – 1994. – №4. – С.97-116.

8. Коломоець М.Ю., Павлокович Н.Д., Ходоровський В.М., Ткач С.П. Теорії та концепції психосоматичних захворювань // Буковинський медичний вісник Том 12, №1, 2008 УДК 616.89:616-092

9. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С. та співавтори. Стан здоров'я народу України та медичної допомоги третинного рівня / Посібник. Київ. – 2019 р. – СПД ФО «Коломіцин В.Ю.» – 216 с.

10. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С. та співавтори. Стан здоров'я народу України. Нові загрози та виклики / Посібник. Київ.–2020 рік – друкарня «Гордон». – 198 с. (електронна версія).

11. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С. та співавтори. Медико-соціальні проблеми здоров'я в умовах пандемії COVID-19 / Посібник. – Черкаси, 2021 р., Видавець Третяков О.М. – 238 с.

12. Корнацький В.М., Дяченко Л.О. Вплив факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення на рівні первинної медичної допомоги// Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні (посібник) під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К.. 2018. – с. 211

13. Лібанова Е.М. Смертність населення України у трудоактивному віці (монографія) / Відпов. ред. Е. М. Лібанова. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. — 211 с.

14. Любан-Плоцца Б.,Пельдингер В., Крєгер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – Санкт-Петербург: Издание Психоневрологического института им. Бехтерева, 1984 – 246с.

15. Мороз Д.М., Кравченко В.В. Методи корекції стресових розладів тривожного та депресивного спектру у кардіологічних хворих// Стрес і хвороби системи кровообігу (посібник). – К.: СПД ФО «Коломіцин В.Ю.», 2015. – С. 279-285.

16. Мак-Вильямс Нэнси Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе / Мак-Вильямс Нэнси. – М.: Класс, 2016. – 880 с.

17. Напрєєнко О.К., Юрценюк О.С., Поліщук О.Ю., Лазук Т.І., Пендерецька О.М. Тривожні та депресивні розлади в кардіологічній

практиці // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 4. – С. 57-60 :http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2008_16_4_16

18. Перлз Ф. Практика гештальт. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 480с.

19. Райх В. Анализ характера. – М.: Апрель Пресс. ЭКСМО-Пресс, 2000. – 528с.

20. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия (практическое руководство)// Класс – Москва -2007 с. 49–131, 588 с.

21. Селье Г. Стресс без дистресса – М. Прогресс, 1978. – 126 с.

22. Старостина Е. Г., Тэйлор Г. Д. и др. Торонтская шкала алекситмии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 31–38.

23. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Т. 1. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999. – 384с.

24. Фрейд З. Введение в психоанализ : Лекции – М.: Наука,1989. – 456 с.

25. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория неврозаю – СПб. : Лань, 1997. – 240 с.

26. Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ. – М. : Прогресс-Универс, 1993. – 480 с.

27. Чабан О. С. Валідизація «Шкали оцінки якості життя» / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.Г. Безшейко, О.В. Москаленко // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1. – С. 159–160. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_179.

28. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности // Архетип. – 1995. – № 1.

29. Cannon W.B. The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches. Am. J. Psychol. 1914. 25

30. Dubois CM, Beach SR, Kashdan TB, Nyer MB, Park ER, Celano CM, Huffman JC. Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions. Psychosomatics. 2012 Jul-Aug; 53(4):303-18. doi: 10.1016/j.psych.2012.04.004.

31. Goerlich KS The Multifaceted Nature of Alexithymia – A Neuroscientific Perspective. Front Psychol. 2018 Aug 29;9:1614. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01614. eCollection 2018.

32. Hans-Christian Deter, Kristina Orth-Gomér, Bohdan Wasilewski, and Ramiro Verissimo The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) – history and future directions Biopsychosoc Med. 2017; 11: 3. Published online 2017 Jan 26. doi: 10.1186/s13030-016-0086-0

33. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Eur Heart J. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. 2014 Jun 1; 35(21):1365-72. doi: 10.1093/eurheartj/eh462. Epub 2013 Nov 25.
34. Lewin K. *A Dynamic Theory of Personality*. N.Y.: McGraw-Hill, 1935.
35. Lumley M.A. Alexithymia, emotional disclosure, and health: a program of research. *Journal of personality*, 2004, v. 72(6) p. 1271-1300.
36. Maxmen A. Stress: The privilege of health. *Nature*. 2016; 531(7594):S58-59. PMID: 26981730. DOI: 10.1038/531S58a.
37. PieroPorcelli Ph. D., JennyGuidi Ph.D., LauraSirri Ph.D., Silvana-Grandi M.D., LuigiGrassi M.D., FedraOttolini Ph.D., PaoloPasquini M.D., AngeloPicardi M.D., ChiaraRafanelliM.D., Ph.D. MarcoRigatelli M.D., NicolettaSonino M.D. Giovanni AndreaFava M.D. Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology// *Psychiatric-Medical Comorbidity//General Hospital Psychiatry* Volume 35, Issue 5, September–October 2013, Pages 521–527.
38. *Ger Med Sci*. 2014; 12: Doc09. Published online 2014 May 7. doi: 10.3205/000194
39. Powell RC.Helen Flanders Dunbar (1902–1959) and a holistic approach to psychosomatic problems. I. The rise and fall of a medical philosophy//*Psychiatr Q*. 1977 Summer; 49(2):133-52.
40. Rebecca E Meister, Tania Weber, Mary Princip, Ulrich Schnyder, Jürgen Barth, Hansjörg Znoj, Jean-Paul Schmid, and Roland von Känel · Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction *Open Heart*. 2015; 2(1): e000261. Published online 2015 Oct 26. doi: 10.1136/openhrt-2015-000261
41. Von Känel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk : current opinion. *Swiss Med Wkly*. 2012 Jan 20;142:w13502. doi: 10.4414/smw.2012.13502.

Анкета № 1

« ____ » _____ 20 ____ р.

**Анкета визначення психосоціального портрету пацієнта
кардіологічного профілю**

Дайте, будь ласка, відверті відповіді на запитання, яким гарантуємо конфіденційність та використання їх з метою діагностики та підвищення якості лікування.

Я погоджуюсь відповісти на поставлені питання _____
(підпис)

1) Історія хвороби/Медична картка амбулаторного хворого № _____

2) П. І. Б. _____

3) Вік (число повних років): _____

4) Стать: - чоловіча - жіноча

5) Зріст (см) _____

6) Вага (кг) _____

7) Індекс маси тіла (кг/м²) _____

8) Адреса _____

9) Телефон _____

10) Освіта _____

11) Основне захворювання _____
(причина госпіталізації – початок,

_____ ускладнення – дати)

12) Лікування у зв'язку з основним захворюванням (підкреслити):
вперше в житті, вперше в закладі, повторно в житті і закладі,
регулярно в даному закладі.

13) Супутні захворювання (підкреслити): Бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертензія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразкова хвороба шлунка, виразкова хвороба ДПК, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, ожиріння, мігрень, радикуліт, дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний панкреатит, СПК.

14) Інвалідність (дата, група, причина):

15) Госпіталізація (підкреслити): вперше в житті, вперше в даному закладі, повторно в житті, регулярно в даному закладі.

16 Дайте відповіді на питання:

В якій мірі Ви дотримуєтесь призначеного лікування	Повністю	Частково	Ні
Чи доступні препарати за вартістю?			
Чи відміняли прийом препаратів через побічні дії?			
Чи є ваша схема лікування зручною для Вас?			

17) Хто з родичів хворів такими захворюваннями, що і Ви?

Назва захворювання	Мати	Батько	Дід	Баба	Брати/ Сестри

18) В якій мірі ви дотримуєтесь здорового способу життя?

Складова ЗСЖ	Регулярно	Час від часу	Ні	Складова ЗСЖ	Регулярно	Час від часу	Ні
Фізична активність з метою оздоровлення				Вживання алкоголю			
Здорове харчування				Паління			

19) Професійна зайнятість:

Учень	Повний робочий день	Часткова зайнятість	Безробітний	Пенсіонер
-------	---------------------	---------------------	-------------	-----------

20) Чи задоволені ви нинішньою роботою?

Вид діяльності	так	ні	Заробітна плата	так	ні
Умови роботи			Відносини в колективі		

21) Сімейний стан _____

22) З ким проживаєте _____

23) В якій мірі Ви задоволені стосунками з рідними:

	Взагалі не задоволений/на		Нейтральні стосунки		Близькі, гармонійні стосунки	
З чоловіком/ дружиною						
З батьками	Мама	Тато	Мама	Тато	Мама	Тато
З дітьми						
З братами/ сестрами						
З іншими родичами						

24) Що в вашому житті дає вам найбільше відчуття внутрішньої гармонії, надихає вас? _____

25) Ваші очікування від перебування в даному закладі _____

АНКЕТА № 2

1) Номер карти хворого _____

2) П. І. Б. _____

3) Вік _____

4) Стать: - чоловіча - жіноча

5) Діагноз _____

6) Скільки років вважає себе хворим з даного захворювання? ____

7) Частота звернень з даного захворювання до 2014 року?

1–2 на рік (0)

Більше 3 р на рік (1)

8) Частота звернень з даного захворювання після 2014 року:

Збільшилась (1)

Не змінилась або зменшилась (0)

9) Освіта: середня (0) середня спеціальна (0) вища (0)

10) Спортивні здобутки в минулому?

(активна участь у спортивних секціях, здобуття нагород)

Так (0)

Ні (1)

11) Вимушені зміни місця проживання:

Так (1)

Ні (0)

12) Шкідливі звички:

• Алкоголь більше одного келиха в день (1)

• Тютюнопаління (1)

• Наркотичні засоби (1)

• Психостимулятори (1)

13) Наявність зайвої ваги?

Так (1)

Ні (0)

14) Наявність психічних захворювань у батьків?

Так (1)

Ні (0)

15) Що з переліченого ви періодично можете відчувати:

- Відчуття серцебиття (1)
- Відчуття «кому в горлі» (1)
- Печія (1)
- Спітнілі долоні (1)
- Порушення сну (1)
- Порушення апетиту (1)
- Розлади травлення (1)
- Часті головні болі (1)

16) Чи є у вас близькі люди на яких можна покластися у межах одного міста?

Так (0)

Ні (1)

17) Наявність бажаних хатніх тварин?

Так (0)

Ні (1)

18) Чи є робота (вид діяльності), що приносить задоволення?

Так (0)

Ні (1)

19) Чи є бажання та можливість планувати майбутнє?

Так (0)

Ні (1)

20) Чи маєте можливість планувати відпустку щороку?

Так (0)

Ні (1)

21) Чи маєте почуття належності до групи однодумців?

Так (0)

Ні (1)

22) Скільки разів на день ви харчуетесь?

1–2 рази (1) 3–5 разів (1) 6–10 разів (1)

23) Чи маєте схильність їсти вночі?

Так (1)

Ні (0)

24) Чи можете виділити час на заняття, що приносять задоволення? (музика, книги, фільми тощо)

Так (0)

Ні (1)

25) Чи маєте ви авторитет у прийнятті рішень у власному житті?

Так (0)

Ні (1)

26) Чи маєте ви власний конструктивний спосіб справлятися зі стресом (співи, туризм, риболовля, заняття в тренажерному залі тощо)?

Так (0)

Ні (1)

27) Чи можете ви назвати задовільними умови зростання у власній родині (побутові, емоційні, матеріальні)?

Так (0)

Ні (1)

28) Чи маєте ви стійку приналежність до певної конфесії?

Так (0)

Ні (1)

29) Чи викликає у вас значний неспокій перегляд телепередач з тривожним змістом(питання соціально-політичної кризи, психоемоційне та фізичне насилля, зради, економічна нестійкість)?

Так (1)

Ні (0)

30) Чи виникає у вас непереборне бажання в активному обговоренні негативно значимої інформації(зростання захворюваності, бойові дії, політичні баталії)?

Так (1)

Ні (0)

31) Чи часто у вас буває відчуття безсилля?

Так (1)

Ні (0)

32) Яке твердження наразі вам ближче:

- один у полі не воїн» (1)

- якщо перед вами зачиняються двері, не треба забувати про відкрите вікно» (0)

- що не робиться, все на краще» (0)

- згорів сарай, гори і хата» (1)

АНКЕТА № 3

1) Вік _____

2) Стать: - чоловіча - жіноча

3) Чи змінились ваші умови праці внаслідок епідемії Ковід-19 та пов'язаного з цим карантину?

- не змінились
- змінились
- змінились і мене це лякає
- втратив(-ла) робоче місце
- не працюю задовго до карантину

4) Чи хворіли ви на Ковід-19?

- так (маю результати тесту)
- ні (маю результати тесту)
- думаю хворів(-ла)

5) Які з зазначених симптомів маєте останній рік?

- порушення сну
- порушення здатності зосередитись
- тривога
- часті перепади настрою
- дратівливість

6) Які з симптомів на вашу думку з'явилися внаслідок перенесеного Ковід-19 захворювання (лабораторно підтвердженого)?

- не хворів(-ла)
- тривога
- порушення сну
- порушення апетиту
- порушення пам'яті
- нав'язливі думки про хворобу та передчуття поганих подій
- почуття спустошення
- відсутність бадьорості зранку

- почуття напруження у тілі
- дратівливість
- бажання частіше звертатися до лікаря

7) Яку роль для вас відіграють ЗМІ (засоби масової інформації)?

- заспокоює
- дає почуття контролю
- лякає
- тривожить та викликає неспокій
- дратує

8) Чи плануєте ви вакцинацію від Ковід-19?

- не планую
- обов'язково
- ще думаю
- якщо доведеться – зроблю

9) Як змінилась частота відвідування лікаря-кардіолога з приводу вашого захворювання за останній рік?

- відвідую частіше амбулаторно
- частіше потребую лікування в стаціонарі
- не змінилась

10) Які з симптомів з'явились або погіршились внаслідок перенесеного Ковід-19 захворювання

- почуття серцебиття
- болі в області серця
- підвищення АТ
- значні перепади АТ

АНКЕТА № 4

1) Посада

- молодша медична сестра
- медична сестра
- лікар

2) Чи маєте ви почуття стабільності?

- так
- ні
- не весь час

3) Чи відчуваєте ви тривогу виходячи на роботу?

- так
- ні

4) Чи перехворіли ви на Ковід-19?

- так (маю лабораторне підтвердження)
- ні
- думаю, що хворів (-ла)
- не знаю

5) Зазначте симптоми, які ви пов'язуєте з наслідками Ковід-19

- не хворів (-ла)
- погіршення сну
- порушення цілеспрямованого мислення
- порушення пам'яті
- тривога
- порушення концентрації уваги
- почуття виснаженості
- дратівливість
- передчуття поганих подій
- відсутність бадьорості зранку
- зниження працездатності

6) Чи виникає бажання змінити сферу діяльності?

- ніколи не виникає, все влаштовує
- як би була можливість – змінив (-ла) би
- планую змінити
- важко відповісти

7) Що допомагає вам справлятися зі стресом в роботі?

- підтримка колективу
- підтримка сім'ї
- власне хобі
- шкідливі звички (тютюнопаління, вживання алкоголю)
- почуття власної необхідності на роботі
- медикаменти (заспокійливі засоби, антидепресанти, транквілізатори)
- спортивні навантаження

8) Чи плануєте зробити щеплення від Ковід-19?

- обов'язково
- ще думаю
- не планую
- не бажаю відповідати

9) Чи виконусте Ви ПЛР тест щоразу після контакту з потенційно хворою людиною?

- так
- ні

10) Яке ваше бачення розвитку подій внаслідок епідемії та карантину Ковід-19?

- все буде тільки гірше
- сподіваюсь скоро стане краще
- важко відповісти
- власна відповідь.

**НАЦІОНАЛЬНА ПРОГРАМА
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВІД ДИСТРЕСОВИХ
НАСЛІДКІВ (ПСИХІЧНИХ ТА ПОСТСТРЕСОВИХ
ПОРУШЕНЬ/РОЗЛАДІВ) ВІЙНИ В УКРАЇНІ
(ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ)**

**1. Склад робочої групи з розробки програми реабілітації
та відновлення психічного здоров'я**

Чабан Олег Созонтович, д-р мед наук, професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України; Президент Всеукраїнської асоціації психосоматичної медицини (член Європейської асоціації психосоматичної медицини), віце президент Асоціації психотерапевтів та психоаналітиків України, сертифікований психоаналітик «Європейської Асоціації Психотерапії» (European Association for Psychotherapy (EAP) (Австрія), член «Американської Асоціації Групової Психотерапії» (American Group Psychotherapy Association (AGPA) (США), «Європейської Федерації Психоаналітичної Психотерапії» (European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy (EFPP) (Ірландія, Велика Британія), «Всесвітньої Асоціації Групової Психотерапії» (International Association of Group Psychotherapy (IAGP) (Швейцарія); учасник робочих комісій ВООЗ (польові дослідження по адаптації класифікацій, міжнародної інформації в області Mental Health), співавтор Клінічних настанов та прото-колів в області психіатрії МОЗ України, м. Київ.

Координатор та співавтор робочої групи.

Марута Наталія Олександрівна, д-р мед наук, професор, заступник директора з наукової роботи, завідувача відділом пограничної психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, Голова ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і

наркологів України»; Офіційний представник ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» у Всесвітній психіатричній асоціації; Офіційний представник ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» у Європейській психіатричній асоціації; Індивідуальний член Європейської психіатричної асоціації; співавтор Клінічних настанов та протоколів в області психіатрії МОЗ України, м. Харків;

Хаустова Олена Олександрівна, д-р мед наук, професор, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця МОЗ України; Віце – президент Всеукраїнської асоціації психосоматичної медицини (член Європейської асоціації психосоматичної медицини), співавтор Клінічних настанов та протоколів в області психіатрії МОЗ України, м. Київ;

Ревенок Олександр Анатолієвич д-р мед наук, професор, директор ДУ «Інститут психіатрії, судово психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України», м. Київ;

Юр'єва Людмила Миколаївна, д-р мед наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету МОЗ України, м. Дніпро;

Венгер Олена Петрівна д-р мед наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль.

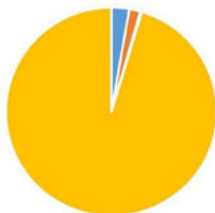
2. Вступ

Категорії населення, які найбільше страждають від воєнних конфліктів (безпосередньо стикаються з матеріальними й людськими втратами, переживають різні розлади після стресових і травмивних ситуацій):

- біженці;
- військовослужбовці;
- вимушені переселенці;
- ветерани війни;
- сім'ї загиблих;

- рятувальники;
- люди, що проживають в зоні бойових дій.

Співвідношення вимушено переміщених осіб до глобальної чисельності тих, хто пережив війну (1989-2015).



■ Internally displaced individuals 41.3 million

■ Refugees 25.9 million

■ Asylum seekers 3.5 million

■ Number of individuals (2015) who have experienced war between 1989-2015 (1.45 billion)

60:1

абсолютна кількість тих, хто пережив війну, які **не мігрують** і страждають на ПТСР та депресію, у багато разів вище за кількість біженців, які страждають від цих розладів.

Morina, N., Hoppen, T. H., & Priebe, S. (2020). Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 179.

3. Психотравмуючі чинники

Війна є екстремальною ситуацією, тобто такою, що виходить за межі звичайного, «нормального людського досвіду». Для окремих груп українців ця ситуація є ГІПЕРЕКСТРЕМАЛЬНОЮ: внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку і дії, можуть спричинити небезпечні наслідки.

Гіперекстремальними можна вважати несподівану втрату близької людини, полон, тортури, насильство (особливо, якщо є загроза життю чи цілісності), присутність при загибелі чи травмуванні тощо.

Психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. Колективна травма – це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів. Причини колективних травм: війни; геноцид у різних виявах; катастрофи (техногенні та гуманітарні); стихійні лиха (екологічні катастрофи); соціальні революції і перевороти

(державні та військові); депортація або вигнання великих груп людей (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою); обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство); політичні, релігійні та інші репресії; терористичні акти, що викликали суспільний резонанс; вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів.

Для населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно відбивається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я. До особливостей сучасної колективної травматизації населення України варто віднести:

- необмеженість у просторі (охоплює все населення незалежно від безпосередньої причетності до травмівних подій через механізм віртуалізації);
- розтягнутість у часі (сучасні події накладаються на восьмирічний період війни та додатково підсилюються через міжпоколінну травматичну пам'ять);
- об'єктами травматизації стали соціальні групи, а не тільки окремі люди, причому травмованою себе відчуває вся група, навіть ті встиг евакуюватися, кого особисто не торкнулася трагедія (Буча, Гостомель, Ірпінь, Мощун, Маріуполь тощо);
- тривалий характер травматизації (війна продовжується, отже не настає період опрацювання травми, а в неопрацьованих травмах є багато прихованих психосоматичних наслідків).

Причому, індивідуальні та колективна травми потенціюються в суспільстві. А рівень травмованості, в свою чергу, посилюється через глибоке групове переживання несправедливості того, що причинами травмування стали свідомі чи навмисні дії російських військових (страсти, катування, вигнання тощо), що загинули невинні люди, які навіть не могли чинити опору (загибель на полі бою не така травмівна для суспільства, як насильницька смерть у концтаборі чи окупації).

Отже, ми вже можемо спостерігати певні наслідки поєднання колективної та індивідуальної травматизації населення України: а саме високий рівень соціальної фрустрації з проявами групцентризму; зростання кількості психологічних проблем; порушення

психосоматичного здоров'я (посттравматичні стресові порушення та розлади, зростання кількості соматичних хвороб, екзацербация хронічних психічних та/або соматичних розладів).

Таким чином, перед трикутником медичної, психологічної та соціальної допомоги постає завдання комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення України, де найбільш складним та тривалим етапом є саме реабілітація.

«Один з уроків управління всіма кризами – ВІЙНАМИ, ПАНДЕМІЯМИ, ТЕРОРИСТИЧНИМИ АТАКАМИ, СТИХІЙНИМИ ЛИХАМИ – полягає в тому, що наша здатність реагувати буде залежати від нашої здатності підтримувати великі популяції в хорошому психічному здоров'ї та зменшувати паніку, поки вщухне буря».

[Manderscheid RW. Preparing for pandemic avian influenza: ensuring mental health services and mitigating panic. Archives of psychiatric nursing. 2007 Feb 1;21(1):64-7].

4. Психічні та психосоматичні порушення, безпосередньо пов'язані зі стресом

Для того, щоб визнати, що певна подія дійсно була травмівною, необхідно оцінити експозицію (безпосереднє зіткнення людини з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання) до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів:

- (1) безпосереднє переживання травмівної події (-ій);
- (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими;
- (3) знання того, що травмівна подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другуві, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою;
- (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки.

Серед окремих категорій травматичних подій найбільший рейтинг мають наступні:

- Особистий досвід насильства – 37,7%

- Інший особистий досвід поранення або шоківий досвід – 59,8%

- Дізнання про травми інших – 62,4%

- Раптова несподівана смерть близької людини – 60,0%

Найбільш типові негативні почуття після пережитої психотравми:

- Страх поранення, травми себе та близьких; залишитися одному; «втрати контролю» над собою; що подібна подія може повторитись знову.

- Безпорадність: подія виявляє людську безпорадність та безсилля.

- Сум через страх смерті, травм та інших важких втрат.

- Туга через те, що відбувалося.

- Провина за те, що цій людині краще, ніж іншій, за те, що вона жива, ціла, не травмована.

- Жаль через те, що людина щось не зробила, але що могла б зробити.

- Сором за те, що людина виявилася безпорадною, «чутливою» і потребує допомоги інших; через те, що вона не реагувала так, як хотіла би, і не робила того, що слід.

- Гнів на те, що сталося, і на того, хто є причиною; на несправедливість і безглуздість всього, що відбувається; за пережитий сором та образи; за відсутність розуміння інших; безрезультатність спроб пояснити їм свій стан.

- Спогади про почуття, пов'язані з відсутністю інших людей, травмованих чи померлих.

- Розчарування у собі, інших, у житті.

Почуття можуть бути особливо інтенсивними, якщо: багато людей загинуло; їхня смерть була раптовою, що супроводжується насильством або іншими жахливими обставинами; були витягнуті не всі тіла; була велика залежність від тієї людини, яка померла; відносини із загиблими чи пораненими були конфліктними; цьому стресу передували інші

В межах до 4 днів після травмивної події у людини може розвинути **гостра стрес-реакція**.

Транзиторне ПОРУШЕННЯ:

- розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів
- у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес
- зазвичай стихає через кілька годин або днів.

Симптоми показують типову змішану і мінливу картину і включають первинний стан «приголомшення» з деяким звуженням області свідомості й уваги, неможливістю повністю усвідомити подразники та дезорієнтацію. Зазвичай присутні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, по черво-ніння). Симптоматика звичайно проявляється через кілька хвилин після впливу стресових стимулів або події і зникає через 2–3 дні (часто через кілька годин).

По завершенні гострого періоду такої реакції деякі постраждали відчують короточасне полегшення, підйом настрою, активно беруть участь у рятувальних роботах, багатослівно та багаторазово повторюючи, розповідають про свої переживання, бравіруючи та дискредитуючи небезпеку.

ЯК ПРАВИЛО, ЦЯ ФАЗА ЕЙФОРІЇ ТРИВАЄ ВІД ДЕКІЛЬКОХ ХВИЛИН ДО ДЕКІЛЬКОХ ГОДИН І ЗМІНЮЄТЬСЯ МЛЯВІСТЮ, БАЙДУЖІСТЮ, ЗАГАЛЬМОВАНІСТЮ.

Постраждалі справляють враження відчужених, занурених у собі, вагаються з відповіддю на найпростіші питання, відчують значні труднощі при виконанні найпростіших завдань. У деяких людей з'являється занепокоєння, метушливість, нетерплячість, прагнення частих контактів з оточуючими. Багатьом постраждалих характерно зміна відчуття часу: протягом його сповільнюється і тривалість гострого періоду представляється людині збільшеною кілька разів. Змінюється сприйняття простору: спотворюється відстань між предметами, їх розміри та форма.

Перехідний період настає ПІСЛЯ вирішення (завершення) травмивної події та повернення людини в мікросоціальне середовище зі звичними ієрархічними цінностями (у тому числі цінністю людського життя). Незважаючи на наявність почуття розбитості та нездужання постраждалі особи скарж на своє здоров'я (як на фізичне, так і на психічне) не висловлюють. Незважаючи на наявність навіть серйозних соматичних розладів, практично всі

постраждалі відмовляються не тільки від госпіталізації, а й регулярної амбулаторної допомоги і намагаються «потрапити додому» (у звичну обстановку).

Перехідний період в залежності від тяжкості та тривалості континуального стресу становить від 15 до 30 днів. Під час перехідного періоду на першому плані – важка астения, на яку постраждалі скарг не висловлюють. Протягом цього періоду відбувається зіставлення своєї поведінки під час травмивної події зі своїми уявленнями про поведінку, що схвалюється, та з установками мікро-соціального середовища (іншими словами, має місце внутрішня ревізія періоду континуального стресу). Надалі у невеликій частині випадків може відбуватися формування гострої реакції на стрес та навіть посттравматичного стресового розладу. Проте, в переважаючій більшості випадків гостра стрес-реакція завершується спонтанним видужанням те не потребує подальшої реабілітації.

За умови наявності клінічно значущої симптоматики та тривалості порушень до 1 місяця ми діагностуємо **гостру реакцію на стрес**, що за МКХ-11 не є психічним розладом.

МКХ-11 QE 84 Гостра реакція на стрес

- **Розвиток транзиторних емоційних, соматичних, когнітивних або поведінкових симптомів внаслідок впливу події чи ситуації** (короткої або тривалої) надзвичайно загрозливого або жахливого характеру *природні чи антропогенні катастрофи, бої, серйозні аварії, сексуальне насильство, напади).
- **Симптоми:** вегетативне збудження (тахікардія, пітливість, почервоніння), запаморочення, розгубленість, смуток, тривога, гнів, відчай, над активність, бездіяльність, соціальна ізоляція, заціпеніння.
- **Відповідь на стресор вважається нормальною**, враховуючи ступінь вираженості стресору, і зазвичай починає стихати протягом декількох днів після події або після усунення з загрозливої ситуації.
- **Включення:** гостра кризова реакція, гостра реакція на стрес
- **Виключення:** посттравматичний стресовий розлад (6B40)
- **Можливі терміни:** ГРС, схвильований стан; ГРС, емоційна криза

**«Фактори,
що впливають на стан
здоров'я або пов'язані з
охороною здоров'я»**

- **Основні елементи першої психологічної допомоги при ГРС:**

- контактна інформація та залучення;
- безпека і комфорт, стабілізація;
- збір інформації (нагальні потреби і проблеми);
- практична допомога у вирішенні нагальних потреб і проблем;
- зв'язок із соціальною підтримкою;
- інформація про заходи для протидії, сприяння адаптивному функціонуванню.

- **Психоосвіта:**

- Допомогти пацієнтам зрозуміти, що їхня реакція на травму є нормальною реакцією на ненормальну ситуацію, це не ознака слабкості або психопатології.
- Надання інформації про можливості подолання симптомів та лікування.

- **Медикаментозна терапія** має обмежену доказову базу щодо лікування ГРС

Втім, за умови масивної психотравматизації, пов'язаної з катуванням, жорстоким або неналежним поведінням спектр психічних порушень є набагато ширшим та включає в тому числі окремі ознаки ПТСР.

Незважаючи на те, що не всі види психічного реагування сягають рівня клінічно окреслених психічних розладів, лишаючись на рівні психологічної реакції (порушення), групи симптомів або синдромів, вони вагомо зменшують рівень фізичного, психічного та соціального благополуччя особи, руйнуючи її біопсихосоціальне здоров'я.

Серед найбільш поширених психологічних реакцій (психічних порушень), як свідчить Стамбульський протокол, варто зазначити:

- повторне переживання травми
- уникнення та емоційну загальмованість
- перезбудження
- ознаки депресії
- порушену самооцінку та відчуття обмеженої перспективи
- ознаки дисоціації, деперсоналізації та нетипової поведінки
- окремі соматичні симптоми
- сексуальні порушення

- психотичні симптоми
- ознаки зловживання алкоголем та ПАР
- зміни свідомості та когніцій неорганічного генезу.

Означені психічні порушення можуть як лишатися на рівні фрагментарних порушень або субклінічних проявів психічних розладів, не сягаючи нозологічного рівня та рецидуватися з часом, так і представляти собою ініціальну чи резидуальну фазу перебігу певного розладу психіки та поведінки.

При **повторному переживанні травми** людина демонструє прояви кластеру вторгнення з критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а саме вона може подумки повертатися до минулих подій або страждати від нав'язливих спогадів, в яких вона знову переживає подію, що її травмує. Ці спогади можуть бути як у стані пильнування, так і проявлятися нічними жахами, які включають елементи цієї події в їх достеменній або символічній формі. Негативний когнітивний та емоційний дрейф трансформується в поведінкові реакції у вигляді недовіри і страху перед особами, що «наділені владою», зокрема лікарями і психологами. За виявлення ознак повторного переживання травми доцільно провести діагностику ПТСР для виключення/ підтвердження наявності цього психічного розладу.

Уникнення та емоційна загальмованість являють собою кластер намбінгу з критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Його ознаками є з одного боку – прагнення уникнути думок та розмов, навіть діяльності, місць або людей, які якимось чином можуть нагадувати про перенесену травму; з іншого боку – нездатність згадати той чи інший важливий аспект травматичної ситуації. Таке уникнення супроводжується глибокою емоційною скутістю та глибоким особистим відчуженням (намбінг – оніміння) з соціальним відстороненням. За виявлення ознак намбінгу також доцільно провести діагностику ПТСР для подальшого підтвердження/виключення цього діагнозу.

Ознаки **перезбудження** представляють кластер поведінкових проявів ПТСР, тому обов'язково мають бути оцінені з точки зору виключення/підтвердження наявності цього психічного розладу. Оточуючі особи звертають увагу насамперед на такі прояви перезбудження, як дратівливість або спалахи гніву, посилення

реакції здригання та надмірну підозрілість (також може бути психотичним симптомом). Сама постраждала особа відчуває загальну тривога, що проявляється пресомнічними та інтрасомнічними порушеннями, труднощами концентрування уваги, соматичними симптомами веретативного збудження (пришвидшене дихання, пітливість, сухість в роті або запаморочення голови, шлунково-кишкові розлади тощо).

Ознаки **депресії** в залежності від їх кількості та тривалості можуть бути на рівні феномена, симптома, синдрому та нозології. Вони можуть проявлятися гіпотимією (пригніченим настроєм), ангедонією (помітне зниження інтересу до активної діяльності або отриманого від неї задоволення), а також порушенням апетиту або набором/втратою ваги, безсонням або підвищеною сонливістю, психомоторним збудженням або загальмованістю. Додатково можуть бути втомленість і знесилення, почуття нікчемності та надмірної провини, труднощі в зосереджуванні уваги, концентрації або відтворенні з пам'яті, думки про смерть, виникнення ідеї самогубства або спроба самогубства.

Вважаючи на те, що найбільшим ускладненням депресії є саме суїцидальна налаштованість, необхідно оцінити тривалість та виразність ознак депресії з подальшим підтвердженням/виключенням депресивного розладу. Депресивні прояви можуть бути також складовою інших психічних розладів, в тому числі психотичного рівня.

Порушена самооцінка та відчуття обмеженої перспективи великою мірою залежить саме від особистого сприйняття психотравмуючої ситуації та особистістичних особливостей постраждалої особи. Причому, саме психологічне насильство, що обов'язково супроводжує всі інші види насильства, неналежного поводження та катувань, обумовлює вищезазначені порушення. Неналежне поводження, спрямоване на приниження гідності людини, насамперед спрямовано на зниження її самооцінки, коли виникає зневірення у можливості вийти із ситуації чи її подолати.

Порушена самооцінка та відчуття обмеженої перспективи часто ініціює подальший розвиток психічних розладів, зокрема депресії, загострення хронічних захворювань, і навіть призводить до самогубства. Так, відчуття обмеженої перспективи є наслідком того, що жертва суб'єктивно вважає, що їй завдана непоправна

шкода та що її особистість зазнала незворотних змін. Сприйняття майбутнього в обмеженій перспективі – без надії на кар'єру, шлюб, дітей або звичайну тривалість життя – призводить до формування суїцидальної налаштованості, вчасна діагностика якої може попередити незворотні наслідки у вигляді самогубства.

Ознаки **дисоціації, деперсоналізації та нетипової поведінки** є відображенням відчуження людини від самої себе. Вони можуть бути проявами як посттравматичного реагування, так і психічних розладів: ПТСР, психотичного стану, дисоціативних розладів тощо. Власне дисоціація – це руйнування цілісності свідомості, самосприйняття, пам'яті та вчинків. Людина може не пам'ятати про певні вчинки або не усвідомлювати їх, чи відчувати роздвоєння особистості, ніби спостерігаючи за собою з боку («муха на стелі»). Деперсоналізація – це відчуття відчуженості від самого себе або власного тіла («не моє тіло», «не моє обличчя» тощо). На додачу до вищеописаної симптоматики може бути нетипова, найчастіше ризикована поведінка, обумовлена порушеннями в ділянці контролювання імпульсів поведінки.

Окремі **соматичні симптоми**, що часто з'являються у осіб, які зазнали неналежного та жорстокого поводження, зокрема катувань, у вигляді болю або інших фізичних нездужань незалежно від того, чи є для цього об'єктивні підстави. Соматичні симптоми можуть бути спричинені безпосередньо фізичними наслідками катування, але зараз наразі йдеться про патологічні прояви психологічного генезу. В таких випадках йдеться про соматизацію психічних симптомів на кшталт тривоги, депресії, агресії тощо.

Біль може бути навіть єдиним явним симптомом з мінливою локалізацією та відчуватися з різною інтенсивністю. До типових соматичних симптомів відносяться: біль у спині, кістково-м'язовий біль або головний біль, часто від травм голови. Саме головний біль дуже характерний для осіб, що зазнали катування, та часто приводить до появи хронічного посттравматичного болю. Навіть якщо існувало первинне джерело ноцицептивного болю, то внаслідок під'єднання когнітивного та емоційного компонентів такий біль набуває невropатичного характеру та проявляється незалежно від первинного стимулу.

Сексуальні порушення характерні насамперед для осіб, які зазнали сексуального катування або зґвалтування, але не тільки для них. Вже примус оголення веде до відчуття безпорадності та незахищеності, що надалі може формувати стан вивченої безпорадності (за М. Селігманом), що лишається і в нормальному житті. Оголення підсилює страх перед кожним елементом такого насильства, оскільки завжди існує ймовірність стати жертвою жорстокого поводження, зґвалтування, содомії, інфекційного зараження, кастрації, втрати цноти, небажаної вагітності тощо. Психологічне насильство у вигляді словесних погроз, образ або глузування сексуального характеру, принижують гідність людини.

Особливістю таких порушень є дуже часте намагання їх приховати, тобто агравація симптоматики вважаючи на самостигматизацію та досить часто їх стигматизацію суспільством. Вчасне визначення наявності сексуальних порушень та надання психологічної допомоги може попередити подальше формування як сексуальних розладів, так і психічних розладів.

Психотичні симптоми потрібно диференціювати з культуральними та/або мовними відмінностями особи, що постраждала. Реактивні психотичні реакції можуть бути транзиторними або перманентними, можуть виникнути в той час, коли дана особа піддається насильницьким діям, або проявитися в подальший період. В будь-якому разі йдеться або про спотворене сприйняття, або про порушення мислення. Порушення сприйняття можуть бути у вигляді ілюзій (хибне сприйняття), галюцинацій та псевдогалюцинацій. Хибне сприйняття і галюцинації, що виникають у психологічно травмованої людини, особливо коли вона засинає або прокидається, не свідчать про психоз. Здебільшого жертви катувань час від часу вони чують пронизливі крики або оклики за іменем, бачать тіні, однак ці прояви є транзиторними. Слухові, зорові, дотикові та нюхові галюцинації можуть верифікуватися на МКХ-10: R44.0 – Слухові галюцинації; R44.1 – Візуальні галюцинації; R44.2 – Інші галюцинації; R44.3 – Галюцинації, неуточнені. Поява псевдогалюцинацій (внутрішній зір, внутрішній слух) межує зі справжнім психотичним станом.

Порушення мислення проявляється у вигляді нав'язливих або навіть маревних ідей, фабула яких пов'язана з травматичною

подією і стосується втручання, стеження або переслідування. В таких випадках увагу пригортає саме зміни зовнішнього вигляду та/або поведінки постраждалої особи.

Особливо уразливими щодо появи психотичних симптомів внаслідок психічної травми є особи, які мають особистий анамнез біполярного афективного розладу, шизофренії або шизоафективного розладу синдромом рекурентної психотичної депресії тощо, тому що може відбутися екзацербация хворобливого процесу.

Ознаки **зловживання алкоголем та ПАР**, які часто спостерігається у осіб, що пережили епізоди катування, жорстокого або неналежного поводження, є прикладом вторинного зловживання. Тобто, в таких випадках первинно зловживання алкоголем і наркотиками є методом стирання з пам'яті болісних спогадів, стримування емоційних реакцій та угамування хвилювання. Саме тому дуже легко формується перша стадія хворобливого стану – фіксації поведінкових патернів: людина усвідомлює, що існує певний спосіб поведінки чи засіб, який відносно легко покращує психічний стан, що надалі тягне за собою сильне бажання повторити пережите зміна стану ще раз. В емоційно несприятливих умовах, людина все частіше починає вдаватися до цього засобу та у неї виникає почуття впевненості в тому, що цей спосіб її ніколи не підведе. Потім на другій стадії з'являється адиктивний ритм, тобто виробляється певна послідовність вдавання до адикції (ритуал).

На наступній третій стадії відбувається поява адиктивної частини особистості в єдиному Я. Спочатку між «здоровою» і адиктивною частинами особистості йде боротьба. Надалі як психологічний захист формується система постійного звинувачення у всьому інших; з'являється скритність і брехня в поведінці, «друге справжнє життя», яке ретельно оберігається. Саме на цій стадії адикція стає звичним, стереотипним способом реагування в несприятливих ситуаціях, а також вже відбувається формування нозологічно окреслених психічних та поведінкових розладів.

Нарешті варто брати до уваги ймовірні **зміни свідомості та когніцій неорганічного генезу**. Зазвичай набагато більша увага приділяється фізичним наслідкам катувань та жорстокого поводження, що можуть спричинити мозкові розлади різноманітного виду та ступеня. Травми голови, удушення та довготривале

позбавлення достатньої їжі та води можуть викликати довготривалі неврологічні та нейропсихологічні порушення та розлади. Досить часто клінічна картина органічних уражень головного мозку збігається та/або перекривається симптоматикою психічних розладів на кшталт посттравматичного стресового розладу чи тяжкої депресії. Отже, хитання або порушення свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації можуть бути проявами як психологічних порушень та психічних розладів, так симптоматикою органічного ураження головного мозку.

Психічні та психосоматичні розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом: ПТСР, комплексний ПТСР, депресивний розлад, тривожний розлад, патологічне горе, хронічний первинний біль (фіброміалгія, СРК, мігрень) тощо.

5. Принципи та етапи реабілітації

Право на **реабілітацію** закріплено у статті 14 Конвенції ООН проти катувань (КПК)

У статті 18 КПК говориться:

«...жертвам серйозних порушень міжнародних норм у сфері захисту прав людини та серйозних порушень міжнародного гуманітарного права... має бути надано повне та ефективне вішкодування збитків... у формі: реституції, компенсації, **реабілітації**, сатисфакції та гарантії того, що це більше не повториться.»

Реабілітація визначається документами ООН як відновлення функції або набуття нових навичок, необхідних у змінених обставинах жертви після катувань або жорстокого поводження.

Реабілітація спрямована на забезпечення максимально можливої автономії і функціонування для даної особи, а також може включати корекцію фізичного й соціального оточення.

Реабілітація жертв повинна бути спрямована на відновлення, наскільки це можливо, їхньої незалежності, фізичних, психічних, соціальних і професійних можливостей, а також повного включення й участі в житті суспільства.

Реабілітація розглядається як комплекс соціальної, психологічної, медичної, та правової допомоги

[Іванова О.Л., Пінчук І.Я., Хаустова О.О., Степанова Н.М., Чайка А.В., Пінчук А.О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту // Підтримка реформи соціального сектору в Україні. URL: <http://zn-upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf>]

Основними завданнями реабілітації постраждалих є:

- Забезпечення базових потреб і стабілізація ситуації (продукти харчування, житло, медична допомога, відновлення документів тощо).
- Відновлення зв'язків у родині та в суспільстві.
- Відновлення самоідентичності й сенсу життя.
- Відновлення людської гідності.

[Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія / В.О. Климчук; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. – 125 с.]

Міждисциплінарний підхід

• біопсихосоціальний принцип, а саме: в першу чергу допомога спрямовується на підтримку та розширення функціональності особи, що пережила катування, а вже потім на зниження симптомів та опрацювання травмівного матеріалу.

• принцип врахування сили і стійкості жертви (ризик повторної травматизації),

• принцип комплексності (можна розділити на фізичні, психічні/психологічні і соціальні наслідки – отже і втручання).

Завжди, особливо на початку терапії, постраждалим потрібна психологічна просвіта, щоб пояснити суть проблеми, особливості та мету терапії.

На початковому етапі терапії метою є встановлення елементарної безпеки та поступове відродження базової довіри. Опрацювання травмівного досвіду в цій фазі може бути несприятливим.

Багато проблем пов'язані з тенденцією клієнтів до переживання почуття провини. Жертви тортур можуть ідентифікувати себе з кривдниками, щоб зберегти зруйновану ідентичність. Така

«залежність у ненависті» може призвести до нового почуття провини, що віддаляє потерпілих ще більше від інших людей.

Наступна фаза – поступове відтворення та опрацювання травмивного досвіду. Зазвичай, цей етап найдовший і часто найважчий. Терапевт має проявити тактовність, емпатію, стати фактором стабілізації та гарантом безпеки. Так відбувається експозиція травмивного досвіду та створюється простір для відновлення внутрішнього відчуття безперервності й цілісності.

Остання фаза присвячена реконструкції, реінтеграції та відділенню від терапевта, включенню постраждалого в суспільне життя, плануванню нового життя.

Психосоціальна реабілітація є заходом відшкодування шкоди потерпілим, метою якої є відновлення фізичного та психічного здоров'я на рівні особистості, рідних, знайомих та громади.

Посттравматичне зростання на відміну від віктимності має бути нашим спільним фокусом – працювати над якістю життя та благополуччям, а не в рамках хвороби.

Інновації в програмах лікування та підтримки

- необхідно підтримувати та оцінювати **функціональні психосоціальні результати**, на відміну від поточної зосередженості ресурсів на зменшенні симптомів

- Визнання тривалості життя в оцінці психічного здоров'я та лікуванні ПТСР – вимагає нових методів лікування, можливостей переробити травму та напрацювати навички відновлення та посттравматичного зростання.

- **Якщо ми це зробимо, набагато більше людей одужає і знову стане активними учасниками спільноти.**

Психологічна відновлюваність – це НЕ РИСА ОСОБИСТОСТІ. Це сукупність поведінки, думок та дій, яким усі ми можемо навчитися і використовувати. Загалом, виділяють такі фактори відновлюваності:

- Наявність поруч когось, хто турбується і підтримує, як в межах родини, так і поза нею.

- Здатність до складання реалістичних планів та здійснювати кроки з їхнього втілення.

- Позитивний погляд на себе, віра у свої сили і здібності.

- Навички комунікації та вирішення проблем.

– Здатність до управління сильними почуттями та імпульсами.

Разом із тим, шлях до психологічної відновлюваності у кожного може бути свій. Певні дороговкази до неї наведено далі:

Створювати зв'язки. Важливими є зв'язки у родині та за її межами. І їх можна не лише мати, але активно шукати і створювати; можна доєднуватися до громадських об'єднань, груп підтримки, спільнот при церквах або навіть створювати свої групи.

Уникати погляду на кризи як на нездоланні проблеми. Ми не можемо змінити того факту, що певна подія сталася. Але можна спробувати змінити розуміння і реакцію на неї. Можна подивитися у майбутнє, на те, як обставини можуть хоча б трішки покращитися. Як мінімум, подумати про те, як зміниться самопочуття, коли ситуацію буде подолано.

Прийняти те, що зміни є частиною життя. Деякі цілі внаслідок складних обставин можуть стати недосяжними. Прийняти, що дещо змінити неможливо, може допомогти звернути увагу на те, що змінити можна.

Рухатися до своїх цілей. Укладіть певні реалістичні цілі. Робіть щось для них регулярно, навіть якщо це щось дуже маленьке. Запитуйте себе: «Яку одну річ я можу зробити сьогодні, яка допоможе мені наблизитися до бажаного?»

Робити дії, спрямовані на вирішення. Дійте настільки, наскільки Ви можете. Дійте у напрямі вирішення, а не в напрямку уникання проблем і заплуцування на них очей.

Шукати можливості для самодослідження. Люди часто дізнаються про себе щось нове, і можуть з'ясувати, що в результаті страждань вони зросли у певному напрямі: мають кращі стосунки, більше відчуття власної сили, поцінування себе, зміцнілу духовність та цінування життя.

Плекати позитивний погляд на себе. Розвивати довіру до своїх здібностей, здатності вирішувати проблеми, довіряти інстинктам є дуже корисним для стійкості.

Сприймати речі в перспективі. Навіть зіткнувшись із болем, пробуйте подивитися на ситуацію у ширшому контексті і довготерміновій перспективі.

Підтримувати обнадійливий погляд. Оптимістичний погляд дозволяє очікувати, що гарні речі стануться. Пробуйте більше думати про те, чого ви хочете, ніж турбуватися про те, чого боїтеся.

Піклуватися про себе. Звертайте увагу на свої потреби і почуття. Долучайтеся до активностей, які вам подобаються. Займайтеся фізичними вправами. Турбота про себе дозволить вам тримати психіку і тіло у тонусі для зустрічі із ситуаціями, які вимагають стійкості.

Шукати додаткових шляхів до зміцнення своєї стійкості. Деякі люди пишуть про свої глибокі переживання, пов'язані із травмами чи стресами.

Корисними можуть бути медитації. Духовне життя також може стати тим, що побудує стосунки та відновить надію. Групи підтримки, книги, онлайн ресурси для самопомоги – це те, що можна використовувати. І не забувайте про підтримку фахівців у сфері психічного здоров'я, звертайтеся до них за консультаціями, за підтримкою та допомогою.

[Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія / В.О. Климчук; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. – 125 с.]

[Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення / О.О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 2. – С. 36-42. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2015_21_2_9]

Навички для психологічного відновлення (**Skills for Psychological Recovery (SPR)**)⁹. Потрібні для того, щоб допомогти тим, хто пережив травму, здобути навички справлятися зі стресом, посттравматичним стресом та життєвими негараздами, які можуть виникнути. Програму розроблено Національним центром ПТСР та Національною мережею дитячого травматичного стресу США

Програма містить п'ять основних навичок, розвиток яких підтримується:

- навички вирішення проблем,
- підсилення позитивних активностей,
- менеджмент реакцій,

- підсилення корисного мислення,
- відновлення соціальних зв'язків.

Навколо кожної із навичок і будується робота фахівця .

Один із варіантів психологічних навичок для психосоціального одужання, що був розроблений Департаментом здоров'я та соціальних служб США (*US Department of Health and Human Services*) для осіб, які пережили травматичну подію [16], ми адаптували для використання у власній практиці.

- **Вирішення проблем.** Особи, які пережили травматичну подію, часто не можуть опанувати повсякденні завдання, з якими раніше справлялися, вважаючи на значний рівень стресу, тривоги, підвищене відволікання тощо. Допомогти може вивчення спеціальних навичок для подолання наявних або майбутніх проблем

- **Позитивна активність.** Після травматичної події люди часто перестають робити речі, які раніше приносили задоволення, добробут або були персонально значимими, що почасти призводить до зниження настрою або відчуття самотності, пустоти . Складання спеціального плану активності може дозволити підвищити вмотивованість та повернути задоволення життям .

- **Робота з реакціями.** Після перенесеної травматичної події тіло людини зазвичай має знижений поріг до небезпеки . Навіть у розслабленому стані людина може почуватися вразливою. При відсутності реального страху ці реакції непотрібні та навіть можуть зашкодити фізичному і психічному здоров'ю та стосункам із іншими людьми. Вивчення спеціальних методик для управління цими реакціями, використання їх у повсякденному житті може допомогти значно знизити рівень стресу та тривоги .

- **Раціоналізація думок.** Після травматичної події думки людей про світ та себе у ньому часто змінюються . Це поширене явище, коли такі особи дивляться на світ як на вороже середовище, мають труднощі із довірою до інших людей . Щоб змінити таку поведінку і емоції, доцільно, насамперед, замінити негативні або нерациональні думки на позитивні або раціональні .

- **Здорові соціальні зв'язки.** Соціальна підтримка є одним із найголовніших захисних факторів, що допомагає пережити травматичну подію . Часто найкращим способом впоратись із нею є обговорення цієї події із іншими. Травматична подія може викли-

кати у людини відчуття ізольованості та самотності, може здаватися неможливим встановити нові та зберегти старі взаємостосунки. Тому важливо ефективніше шукати підтримки та надавати її іншим.

[Опитувальник посттравматичного зростання, The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)), який містить 5 субшкал: ставлення до інших; нові можливості; особистісна сила; духовні зміни; цінування життя (Taku et al., 2008)].

[Українська версія опитувальника існує! Здійснили адаптацію дослідники О.О. Новак та О.В. Гуковський (Новак, Гуковський, 2018). Утім, поки що самі дані адаптації не опубліковані, тож, щоб отримати українську версію опитувальника, звертайтеся до цих дослідників].

6. Опитувальник статусу посттравматичного зростання

Останній інструмент кількісної оцінки посттравматичного зростання, яким ми завершили цей огляд – «The Posttraumatic Growth Status Inventory» (PTGSI, Опитувальник статусу посттравматичного зростання), оприлюднений 2013 року. Розроблений він був із метою уникнути в структурі запитань рефрену минулих подій, адже дослідники були переконані, що таким чином, через прив'язування в опитуваннях формулювань питань до минулого досвіду, можна отримати те саме «ілюзорне зростання», або «штучне зростання». Відтак вони створили 36-пунктний інструмент, який містить формулювання питань у теперішньому часі, без явної відсилки до подій минулого. Наприклад: «Кожен день є особливим для мене», «Я добре справляюсь із труднощами», «Я маю симпатію до інших людей» тощо.

Послідовні серії факторних аналізів та досліджень призвели до виявлення 7-факторної структури субшкал:

- Стосунки з іншими,
- Нові можливості,
- Особистісна сила,
- Цінування життя,
- Духовні зміни,
- Щедрість,

- Відкритість.

Опитувальник наявний у вільному доступі. Його рекомендовано використовувати у лонгітюдних дослідженнях, а також із особами, чії травми пов'язані із наявністю важких психічних чи фізичних обмежень функціонування у родині (Alexander & Oesterreich, 2013).

[Alexander, T., & Oesterreich, R. (2013). Development and Evaluation of the Posttraumatic Growth Status Inventory. Psychology, 4(11), 831].

Склад субшкал PGSI

Відношення до інших

- г1. Я не приховую своїх почуттів. (1)
- г2. Я приймаю той факт, що мені потрібні інші. (6)
- г3. Я маю симпатію до інших. (13)
- г4. Я багато вкладаю у свої стосунки. (17)
- г5. Я знаю, що можу покладатися на інших у важкі часи. (24)
- г6. Я знаю багато про те, якими хорошими можуть бути люди. (29)

Породженість

- г1. Мені подобається навчати когось чомусь новому. (2)
- г2. Мені подобається ділитися своїм досвідом, щоб допомогти іншим знайти рішення своїх проблем. (8)
- г3. Я можу ідентифікувати себе з почуттями інших. (11)
- г4. Час від часу я допомагаю іншим із конфліктом інтересів знайти задовільне рішення. (25)
- г5. Якщо у мене є можливість, я допомагаю іншим, пропонуючи шляхи вдосконалення та позитивну критику. (33)

Особисті сильні сторони

- р1. Я схильний змінити те, що потрібно змінити. (3)
- р2. Я добре справляюся з труднощами. (5)
- р3. У мене сильне почуття впевненості в собі. (9)
- р4. Я достатньо сильний, щоб справлятися з невидимими й незвичайними проблемами. (22)

Оцінка життя

- а1. Кожен день для мене особливий. (4)
- а2. Життя для мене цікаве та барвисте. (12)
- а3. Я маю більш чіткі уявлення про те, що важливо в житті зараз, ніж пару років тому. (19)

а4. Я багато роблю зі своїм життям. (35)

Духовність/Релігійність

s1. Я ціную релігійні речі. (15)

s2. Я ціную духовні речі. (18)

s3. Я багато думав про релігії та релігійні теми. (26)

s4. Я маю яскраво виражену релігійну чи духовну віру. (32)

Нові можливості

n1. Мій спосіб життя змінюється і розвивається. (7)

n2. На деякий час у мене з'явилися нові інтереси. (10)

n3. Іноді я досягаю чогось, що інші вважають важливим і надзвичайним. (14)

n4. З досвіду знаю, що важкі та страшні події можуть викликати різні несподівані можливості. (27)

n5. Я вже деякий час іду іншим шляхом у своєму житті. (30)

n6. Переді мною відкриваються нові можливості, яких я навіть не помічав пару років тому. (36)

Відкритість

o1. Мені подобається обговорювати теми, які стосуються розвитку суспільства. (16)

o2. У мене є відчуття єдності з природою. (20)

o3. Мені подобається слухати думки інших, навіть якщо вони суперечать моїм переконанням. (21)

o4. Я багато думав про сенс життя. (23)

o5. Мені подобається читати філософську чи наукову літературу. (28)

o6. Я з розумінням ставлюся до людей, чий спосіб життя зовсім інший, ніж у мене. (31)

o7. Мене цікавлять інші культури. (34)

Однак терапевти можуть зробити дещо більше, вважають Л. Калхун і Р. Тедескі у **своєму керівництві з фасилітації пост-травматичного зростання** (Calhoun & Tedeschi, 1999). Наведемо декілька важливих позицій:

- Зростання після травми розглядайте як таке, що походить не від травми, а із сутності людини, із процесу її боротьби з подіями та їх наслідками, з осмислення того, що сталося.

- Будьте свідомі потенціалу до зростання, але не думайте, що зростання має обов'язково статися, або що те, що його не сталося, є наслідком неспроможності людини взяти щось зі свого досвіду.

- Не «призначайте» своїм пацієнтам «зростання», не змушуйте їх думати, що вони зобов'язані до зростання.

- Натомість уважно слухайте і спостерігайте за зростанням, і щойно воно з'являється – приділяйте йому увагу.

- Якщо ви працюєте із перспективи «хвороби», то можете легко пропустити зростання, не звернувши увагу на позитивні зміни в житті клієнта: «Я став мудрішим», наприклад.

- Щойно Ви помітили натяк на позитивні зміни, емпатійно віддзеркальте їх клієнту. Це допоможе йому в пошуках інших позитивних змін.

- Якщо ми робитимемо так, то з часом клієнт збагне, що ми схвалюємо розмови про позитивні зміни так само, як і про негативні.

Цілісний наративно орієнтований підхід до сприяння зростанню пропонує С. Джозеф. Ідеться про так звану **THRIVE-модель** (thrive (англ.) – процвітання, добробут) (Joseph, 2013). Основні її елементи такі:

- Taking stock (інвентаризація): переконатися, що клієнт у безпеці й допомогти йому навчитися справлятися із посттравматичним стресом, приміром, за допомогою технік експозиції).

- Harvesting hope (збирання врожаю надії): навчитися плекати надію на майбутнє, приміром, через історії людей, які пройшли через схожі ситуації.

- Re-authoring (ре-авторизація): переписати свій досвід через створення історій, техніки експресивного письма, щоб знайти нові перспективи.

- Identifying change (ідентифікація змін): помічати пост травматичне зростання, приміром, за допомогою шкал та опитувальників.

- Valuing change (ціннісні зміни): розвинути впевненість у нових пріоритетах.

- Expressing change in action (дієві прояви змін): активно шукати способи перенести посттравматичне зростання у зовнішній світ, приміром, через складання тижневих планів конкретних дій.

У роботі Т.М. Титаренко наведено такі передумови, які сприяють досягненню стану психологічного благополуччя після переживання травми (Титаренко, 2018б):

1) здатність переосмислювати травматичні переживання;

- 2) досягнення внутрішньої автономії;
- 3) здатність приймати і надавати допомогу;
- 4) підвищення продуктивності, самоефективності;
- 5) активізація креативності і відповідальності у ставленні до власного життя.

Універсальні програми супроводу посттравматичного зростання

- при розробці програм супроводу зростання не варто орієнтуватися на простий показник покращення самопочуття, більше того – не варто на нього орієнтувати учасників таких програм.

- Прикладні перспективи подальшої роботи полягають у використанні здобутих знань щодо зв'язків між компонентами стресу та зростання для розроблення та апробації програм супроводу посттравматичного зростання, в інтеграції з принципами соціально-психологічного супроводу посттравматичного зростання на індивідуальному (принцип врахування важкості травми, принцип наративізації, принцип розбудови мережі соціальних ресурсів) та суспільному (принцип розбудови просторів визнання травми, принцип наративно-ментативного конструювання травмочутливого дискурсу та принцип фасилітації наративізації травми) рівнях, а також у можливості розроблення універсальної програми супроводу, яка буде придатна для використання незалежно від типу та важкості травми.

[Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія / В.О. Климчук ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. – 125 с.]

Критерії прийому до програми реабілітації:

Мати право на отримання послуги.

Вважати боротьбу з посттравматичним стресовим розладом як вашу головну проблему.

Зробити одужання від посттравматичного стресового стресу своєю основною метою психічного здоров'я.

Вміти брати участь і отримати користь від групових, орієнтованих на травму втручань.

Бути в змозі брати участь і отримати користь від допомоги, що пропонується в середовищі лікування в громаді.

Бути медичною стабільною; не потребує негайного обстеження, іспитів, процедур або хірургічних втручань з приводу неконтрольованих станів здоров'я.

Бути психічно стабільним; не в гострому кризі, такому як суїцидальний, вбивчий, маніакальний або психотичний.

Не зловживайте алкоголем або іншими речовинами, де можуть бути симптоми відміни.

Погоджуйтеся брати участь в амбулаторному подальшому лікуванні після виписки.

Надані послуги

Терапевтичні заходи для лікування посттравматичного стресового стресу засновані на емпірії, спрямовані на відновлення та включають:

Терапія когнітивної обробки

Exposure Group, включаючи заплановані виїзди до ресторанів, кіно та громадських торгових центрів

Діалектична поведінкова терапія

Терапія прийняття та прихильності

Ціле здоров'я

Планування дій відновлення

Йога і Тай Чи

Інші психоосвітні заняття на такі теми:

Ліки, харчування, здоров'я та хронічний біль

Нейропсихічні проблеми, такі як пам'ять

Відносини

Переписування сну та снів

Моральна шкода, горе і духовність

[Sommer, J.L., El-Gabalawy, R., & Mota, N. (2019). Understanding the association between posttraumatic stress disorder characteristics and physical health conditions: a population-based study. Journal of psychosomatic research, 126, 109776]

7. Дослідження зв'язку між індексною травмою та групами симптомів посттравматичного стресового розладу та станом фізичного здоров'я серед осіб із посттравматичним стресовим розладом у популяційній вибірці

7.1. Анотація

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) зазвичай супроводжується рядом захворювань фізичного здоров'я. Метою цього дослідження було вивчити зв'язок між індексною травмою та групами симптомів посттравматичного стресового розладу та станом фізичного здоров'я серед осіб із посттравматичним стресовим розладом у популяційній вибірці.

Дані були проаналізовані з Національного епідеміологічного дослідження алкоголю та пов'язаних з ним станів за 2012–2013 рр. (NESARC-III; $N = 36\,309$). ПТСР минулого року ($n=1779$) оцінювали за допомогою клінічного інтерв'ю відповідно до критеріїв DSM-5. Множина логістична регресія моделі досліджували зв'язок між групами симптомів посттравматичного стресового розладу та індексною травмою та станом фізичного здоров'я. Результати найсуворішої моделі з поправкою на соціально-демографічні дані, інші психіатричні стани та інші групи симптомів посттравматичного стресового стресу показали, що повторні симптоми були пов'язані з серцево-судинними та ендокринними/метаболічними станами (діапазон скоригованого співвідношення шансів (AOR): 1,18–1,33) та негативними зміни настрою та когнітивних симптомів були пов'язані з розладом сну (AOR = 1,16, 95% довірчий інтервал (ДІ) [1,04–1,30], $p = 0,009$).

Результати також продемонстрували значний зв'язок між захворюваннями, що загрожують життю з раком, травмами та неврологічними захворюваннями (діапазон AOR: 2,10–3,42) та небезпечними для життя травмами з опорно-руховими та неврологічними захворюваннями (діапазон AOR: 1,76–2,04). Нарешті, виникли значущі зв'язки між психологічною травмою з опорно-руховими та неврологічними станами (діапазон AOR: 0,48–0,66) та іншими травмами із захворюваннями травлення та анемією (діапазон AOR: 0,38–0,47).

Результати свідчать про те, що симптоматика посттравматичного стресового розладу та індексна травма відіграють різну роль у їх зв'язку з різними станами фізичного здоров'я. Результати можуть бути корисними для практики скринінгу та цільових втручань для пом'якшення ризику посттравматичного стресового розладу та стану фізичного здоров'я.

Summary of the literature

The evidence review identified two studies that compared outcomes from psychosocial rehabilitation with those from no intervention. One moderate quality trial compared provision of psychosocial group support to that of assessment only on mothers' mental health.¹⁶⁶ The other trial, which had a high risk of bias, assessed the benefit of family group psychoeducation with assessment only on a number of mental health visits made by the participant and their family.¹⁶⁷ There is limited evidence from these trials of increased treatment-seeking and improved mental health in participants of psychosocial support groups when compared to participants receiving assessment only. The evidence is specific to refugees from Bosnia and Herzegovina and its generalisability to other PTSD populations in Australia may be limited. Adult refugees with PTSD who have experienced war and famine may therefore benefit from appropriate psychosocial support groups.

Consensus point

- CP3** Adult refugees with PTSD who have experienced war and famine may benefit from appropriate psychosocial support groups. (Note that a broader discussion of the application of these Guidelines for refugee and asylum seeker populations is included in the "Specific populations" chapter later in this document).

Good practice points

- GPP62** There should be a focus on vocational, family, and social rehabilitation interventions from the beginning of treatment to prevent or reduce disability associated with the disorder, and to promote recovery, community integration and quality of life.
- GPP63** In cases where people with PTSD have not benefited from a number of courses of evidence-based treatment, psychosocial rehabilitation interventions should be considered to prevent or reduce disability, and to promote recovery, community integration and quality of life.
- GPP64.** Healthcare and rehabilitation professionals should be aware of the potential benefits of psychosocial rehabilitation and promote practical advice on how to access appropriate information and services.
- GPP65** In cases of work-related trauma, management of any return-to-work process needs to occur in the context of a thorough risk assessment of the potential for exposure to further stressors, balanced with the potential benefits of return to work.

Psychosomatic and Depressive Symptoms in Civilians, Refugees, and Soldiers: 1993–2004 Longitudinal Study in Croatia Ana Proroković, Majda Cavka1, Vera Cubela Adoric Department of Psychology, University of Zadar, Croatia; and 1 Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Heinrich-

Heine University, Duesseldorf, Germany Aim To evaluate psychosomatic complaints and depressive symptoms among civilians, refugees, and soldiers in the war and post-war period in Croatia. Method The design of the study was longitudinal, including four repeated assessments during the war and post-war period (1993, 1995, 2000, and 2004). The baseline assessment included 480 male participants who were asked to fill out the questionnaires about demographic data, psychosomatic complaints, and depressive symptoms. The final sample included 128 civilians, 88 refugees, and 70 soldiers, who were interviewed at all assessment time points. Results Levels of psychosomatic and depressive symptoms changed with time. Refugees showed the highest level of depressive symptoms in general ($F=4.17$, $P=0.016$). Psychosomatic complaints were dominant in soldiers and refugees at all assessment time points ($F=210.30$, $P=0,02$).

[Prorokovic, A., Cavka, M., & Cubela Adoric, V. (2005). Psychosomatic and depressive symptoms in civilians, refugees, and soldiers: 1993–2004 longitudinal study in Croatia. *Croat Med J*, 46(2), 275-81].

[Somasundaram, D. J., & Sivayokan, S. (1994). War trauma in a civilian population. *The British Journal of Psychiatry*, 165(4), 524–527].

7.2. Епідеміологічне обстеження військової травми та її наслідків серед населення

Фон

Проведено епідеміологічне обстеження військової травми та її наслідків серед населення.

Метод

По одному члену віком понад 15 років із кожної із 101 випадково відібраної сім'ї в районі первинної охорони здоров'я на Шрі-Ланці було опитано за допомогою Анкети впливу стресу.

Результати

Майже половина пережила від п'яти до дев'яти військових стресів, а чверть – понад 10 (в середньому 6,66). Лише 6% не відчували нічого. У шістдесяті чотирьох відсотків розвинулися психосоціальні наслідки, включаючи соматизацію (41%), посттравматичний стресовий розлад (27%), тривожний розлад (26%), велику депресію (25%), ворожість (19%), проблеми у стосунках (13%), зловживання алкоголем і наркотиками (15%) та функціональна інвалідність (18%).

Висновок

Перенесена травма сильно корелювала з психосоціальними та соматичними симптомами.

[Wang, S. J., Bytyçi, A., Izeti, S., Kallaba, M., Rushiti, F., Montgomery, E., & Modvig, J. (2016). A novel bio-psycho-social approach for rehabilitation of traumatized victims of torture and war in the post-conflict context: a pilot randomized controlled trial in Kosovo. Conflict and health, 10(1), 1–17].

7.3. Вивчення наслідків мультидисциплінарного втручання серед жертв катувань і війни в Косово

Фон: Деякі дані показали, що мультидисциплінарна реабілітація в західних країнах ефективна для лікування травм, пов'язаних із війною, але залишається незрозумілим, чи цей підхід застосовний до цивільних осіб, які живуть у країнах з бідними ресурсами, які постраждали від війни. У 2012–2014 роках Данський інститут проти катувань (DIGNITY) провів рандомізоване контрольоване дослідження (RCT) у партнерстві з Косовським реабілітаційним центром для жертв катувань (KRCT), щоб вивчити наслідки мультидисциплінарного втручання серед жертв катувань і війни в Косово.

Методи: На півночі Косова було проведено рандомізоване рандомізоване одноцентрове дослідження в одній масці, контрольоване за списком очікування. Тридцять чотири учасники, які відповідали критеріям набору, були рандомізовані або до групи інтервенцій, яка отримувала комплексне лікування плюс полівітаміни один раз на день, або до групи очікування, яка отримувала тільки полівітаміни. Комплексне лікування включало 10 щотижневих індивідуальних 60-хвилинних сеансів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), заснованих на адаптованому посібнику з терапії тривалого впливу, індивідуальну 20-хвилинну дихальну вправу з пристроєм біологічного зворотного зв'язку emWave та 90-хвилинну групову фізіотерапію. Група очікування також отримала таке ж лікування після того, як група інтервенції завершила свої сеанси. Оцінку результатів проводили через 3, 6 та 9 місяців після базової оцінки.

Результати: Понад 1/3 випадків посттравматичного стресового стресу було успішно виліковано. Спостерігалися невідповідні закономірності з психічним здоров'ям та наслідками хронічного

болю, тоді як втручання мав певний вплив на функціонування та соціальні результати, тобто рівень зайнятості, який зріс майже на 15%, та місячну заробітну плату, яка зросла на 45–137%. Було також помітне покращення сили рукоятки та оцінки інвалідності; зменшилися почуття гніву і ненависті. Проте більшість із цих змін не досягли статистичної значущості.

Висновки: Вплив біопсихосоціального втручання, ймовірно, чутливий до контексту післявоєнної економіки в Косові та цілей лікування. Було продемонстровано потенціал покращення емоційного самопочуття та результатів працевлаштування у постраждалих. Потрібне більш масштабне РКВ у подібних умовах з ретельним моніторингом цілісності лікування та надійності даних.

7.4. Психологічні втручання при гострому стресовому розладі або ПТСР

Систематичні огляди та мета-аналіз встановили ефективність ранньої, орієнтованої на травму, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у запобіганні хронічного посттравматичного стресового стресу (66, 74–77). Однак між дослідженнями існує значна неоднорідність: Дослідження, які виявили сприятливий ефект КПТ на основі впливу, включають наступне.

- Фоа et al. (78) порівняли чотири сеанси КПТ (n=10) з повторними оцінками психопатології, пов'язаної з травмою (n=10). Активне лікування значно зменшило поширеність ПТСР (10% проти 70%) та інтенсивність симптомів ПТСР.

- Ечебуруа та ін. (79) порівняли п'ять одноденних сеансів когнітивної терапії (КТ) і тренування навичок подолання (n=12) з прогресуючим розслабленням м'язів (n=12) у тих, хто пережив сексуальне насильство, протягом трьох місяців після нападу. Через рік у тих, хто вижив у групі КТ, рівень симптомів ПТСР був нижчим.

- Серія досліджень Bruant et al (74–77) показала відносну перевагу КПТ на основі раннього впливу порівняно з підтримуючим консультуванням через шість місяців і чотири роки після травматичної події. Додавання методів управління тривогою до КПТ на основі впливу не підвищило його ефективність. Ефект зберігався протягом 3 років спостереження.

- Ehlers та ін. (80) порівняли дванадцять щотижневих сеансів когнітивної терапії з буклетом самопомоги та повторними оцінками у тих, хто пережив MVA. Лікування почалося приблизно через чотири місяці після травматичної події. Когнітивна терапія була кращою за обидва контрольні умови.

- Брайант та ін. (81) порівнювали КПТ, КПТ + гіпноз і СК. Обидва активні методи лікування були кращими, ніж порівняльний. Гіпноз не додав і без того значного ефекту КПТ.

- Bryant et al., (76) виявили, що КПТ на основі впливу перевершує когнітивну реструктуризацію у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу серед тих, хто пережив гострий стресовий розлад.

- Shalev et al., (68) порівняли КПТ на основі впливу з когнітивною терапією та контролем списку очікування і виявили, що обидва активні методи лікування були однаково ефективними у зниженні поширеності посттравматичного стресового стресу (відповідно 20% та 22% проти 56% у контрольній групі), а також інтенсивність ПТСР і симптомів.

- Інші дослідження не показали сприятливого ефекту ранньої КПТ:

- Біссон та ін. (82) порівняли чотири годинні сеанси КПТ з відсутністю втручання у осіб, які підтримують принаймні помірні симптоми посттравматичного стресового розладу через 1–3 тижні після легкої та помірної фізичної травми. Статистичних відмінностей між групами лікування не було.

- Ван Еммерік та інші (83) не змогли знайти різницю між п'ятьма 1,5-годинними сеансами КПТ та структурованої письмової терапії серед тих, хто пережив травму з РАС.

- Фоа et al (83) порівнювали 4 тижні КПТ із соціальними консультаціями та повторними оцінками у жінок, які пережили сексуальну та фізичну агресію протягом чотирьох тижнів після нападу. Результати не відрізняли лише КПТ від оцінки. Автори припустили, що применшення необхідності впливу *in vivo* та уявного опромінення на основі домашнього завдання в цьому дослідженні могло послабити ефекти КПТ.

- Сійбрандїй та ін. (84) оцінили ефект чотирьох сеансів короточасної КПТ (n=79) щодо списку очікування (n=64),

проведених протягом трьох місяців після травматичної події, і виявили транзиторний сприятливий ефект групи активного лікування (один тиждень після лікування). завершення), що не було очевидним вже через чотири місяці.

[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746940/>]

7.5. Психосоматична реабілітація: оглядовий реферат

Психосоматична медицина ґрунтується на спільному розумінні того, що фізичні захворювання можуть мати багатофакторну етіологію, коли біологічні, психологічні та соціальні фактори взаємодіють, щоб викликати та підтримувати фізичні та психічні симптоми та скарги. Основними етіологічними факторами психосоматичних розладів є фізичний та/або психологічний стрес, запалення та дегенерація, і симптоми можуть проявлятися в різних системах органів, таких як: нервова система, кістково-м'язова система, серцево-судинна система, дихальна система, шлунково-кишкова система і шкіра. З метою створення моделі психосоматичних симптомів, яка дозволила б систематично класифікувати психосоматичні розлади, у 1995 р. були розроблені діагностичні критерії психосоматичних досліджень (DCPR). Враховуючи, що біологічні, психологічні та соціальні фактори можуть взаємодіяти, щоб викликати та підтримувати фізичні та психічні симптоми та скарги, психосоматична терапія та реабілітація зазвичай надаються в мультидисциплінарних умовах, де професіонали з різних дисциплін (лікарі, психологи, остеопати, фізіотерапевти та ерготерапевти) працюють як команда. Якщо в амбулаторних умовах немає міждисциплінарного лікування та організації процесу поблизу дому пацієнта, психосоматичну реабілітацію зазвичай проводять у стаціонарних умовах. Процес реабілітації організовується в кілька етапів: Оцінка (1); Концептуалізація (2); Планування цілей (3); Міждисциплінарна реабілітація (4); Повторна оцінка (5); Планування виписки. Клінічна ефективність стаціонарної психосоматичної реабілітації задокументована в кількох австрійських та німецьких дослідженнях. Після виписки пацієнту зазвичай пропонують продовження реабілітації амбулаторно.

Psychosomatic and Depressive Symptoms in Civilians, Refugees, and Soldiers: 1993-2004 Longitudinal Study in Croatia

Ana Proroković, Majda Čavka¹, Vera Ćubela Adorić

Department of Psychology, University of Zadar, Croatia; and ¹Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Heinrich-Heine University, Duesseldorf, Germany

Aim	To evaluate psychosomatic complaints and depressive symptoms among civilians, refugees, and soldiers in the war and post-war period in Croatia.
Method	The design of the study was longitudinal, including four repeated assessments during the war and post-war period (1993, 1995, 2000, and 2004). The baseline assessment included 480 male participants who were asked to fill out the questionnaires about demographic data, psychosomatic complaints, and depressive symptoms. The final sample included 128 civilians, 88 refugees, and 70 soldiers, who were interviewed at all assessment time points.
Results	Levels of psychosomatic and depressive symptoms changed with time. Refugees showed the highest level of depressive symptoms in general ($F = 4.17, P = 0.016$). Psychosomatic complaints were dominant in soldiers and refugees at all assessment time points ($F = 210.30, P < 0.001$). Soldiers showed a significant increase in psychosomatic complaints with time, whereas refugees showed a decrease. Contrary to these findings, civilians showed relatively low level of psychosomatic complaints and did not show any significant changes with time.
Conclusion	It seems that for refugees and soldiers, prolonged stressful situation has long-term health implications primary related to the psychosomatic complaints.

Croat Med J 2005;46(2):275-281

[Ettlin, T., & Kischka, U. (2019). *Psychosomatic Rehabilitation: An Overview. Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique*, 76(8), 460-464]

[Prorokovic, A., Cavka, M., & Cubela Adoric, V. (2005). *Psychosomatic and depressive symptoms in civilians, refugees, and soldiers: 1993-2004 longitudinal study in Croatia. Croat Med J*, 46(2), 275-81].

[Linskiy, I. V., Kuzminov, V. N., Pozdnyakova, N. V., Onyshchuk, S., & Shestopalova, L. (2015). *The psychological consequences of hybrid warfare on Ukrainian civil population in Slavyansk and Nikolayevka. J Trauma Stress Disor Treat* 4, 4, 2].

Цитування: Лінський І.В., Кузьмінов В.Н., Позднякова Н.В., Оницьук С., Шестопалова Л. та ін. (2015) Психологічні наслідки гібридної війни для громадянського населення України у Слов'янську та Миколаївці. *J Trauma Stress Disor Treat* 4:4. doi: 10.4172/2324-8947.1000148

7.6. Психологічні наслідки гібридної війни для громадянського населення України у Слов'янську та Миколаївці

Мета: Основною метою даного дослідження було визначення психологічних наслідків гібридної війни для мирного населення України.

Метод: Двісті сорок два працівники Слов'янської ТЕС були оцінені протягом одного місяця після припинення бойових дій у Слов'янську та Миколаївці (Донецька область, Східна частина України) за шкалою Міссісіпі для цивільного населення (CMS) (Посттравматичний стресовий розлад).

Результати: Жінки демонстрували підвищений посттравматичний стресовий стрес із вищим середнім балом CMS, ніж у чоловіків (84,32, SE=1,70 та 71,86, SE=0,96 відповідно, $p < 0,001$) та вищою частотою середнього рівня розладів адаптації (59,34% та 28,48% відповідно, $p < 0,001$). За симптоматикою гіперзбудження ($2,34 \pm 0,06$ бала) переважало серед жінок і уникнення ($2,06 \pm 0,03$ бала) серед чоловіків. Обидві статі мали низький рівень почуття провини та суїцидальної поведінки.

Висновок: Це дослідження дає уявлення про психологічні наслідки, з якими стикаються українські мирні жителі внаслідок військового конфлікту на сході країни.

Значні результати: Служби охорони здоров'я України мають бути більш підготовленими до надання психологічної та медичної допомоги мирному населенню, що страждає від психологічних наслідків і посттравматичного стресового стресу, інтенсивність якого значно більш виражена у жінок.

Обмеження дослідження: Більшість постраждалих цивільних (з вираженими порушеннями соціального функціонування) вибули з дослідження, оскільки воно проводилося лише для тих працівників Слов'янської теплоелектростанції (ТЕЕС), які перебували на роботі під час військової інтервенції. Адміністрація ТЕЕС організувала евакуацію людей з підприємства безпосередньо перед військовим втручанням (за значних руйнувань на території ТЕЕС одразу ніхто не загинув). Працівниць ТЕЕС евакуювали з Миколаївки разом із дітьми. Ці обставини дозволили припустити, що потреби в індивідуальній психологічній, психотерапевтичній та психіатричній

може бути значно вищим у порівнянні з потребами, які спостерігалися під час цього розслідування. У цьому дослідженні не проводилося структурованих або напівструктурованих клінічних інтерв'ю, що пояснює невизначеність щодо того, наскільки симптоми, про які повідомляється, відповідають клінічному діагнозу. Контрольний перелік психологічних наслідків, що застосовуються в контексті війни, не пропонуватиме чіткої різниці між суб'єктивним бістресом та об'єктивним розладом.

7.7. Психологічні втручання для лікування посттравматичного стресового розладу

Ключові слова: психологічні наслідки; військові дії; цивільне населення; гендерні відмінності; Україна.

[Qureshi, A., Dickenson, E., & Wall, P. (2021). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder, anxiety and depression following major physical civilian trauma: A systematic review and meta-analysis. Trauma, 23(4), 276–287].

Вступ. Приблизно 16% світового тягаря захворювань припадає на травматичні ушкодження. Психологічні симптоми, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), поширені в цій популяції і впливають на відновлення після фізичної травми. Тим не менш, психічне здоров'я не розглядалося в тій самій мірі, як фізичне здоров'я. Психологічні втручання широко використовуються як лікування посттравматичного стресового розладу.

Методи. Проведено систематичний пошук комп'ютеризованих баз даних. Були включені рандомізовані контрольовані дослідження психологічного лікування посттравматичного стресового розладу після серйозної фізичної травми цивільного населення. Основним показником результату були симптоми посттравматичного стресового стресу (ПТСР), оцінені клініцистами, при цьому також повідомлялося про тривожність і депресію. Дані включеного дослідження були вилучені та введені за допомогою програмного забезпечення RevMan 5.3.

Проведено оцінку якості, і дані були проаналізовані на предмет підсумкових ефектів. Результати Було включено 10 досліджень.

Що стосується CAPS <6 місяців, індивідуальна КПТ була значно кращою, ніж звичайне лікування/лист очікування (SMD (95% ДІ) = -1,24 [-1,82, -0,67]) і лікування без КПТ (SMD (95% ДІ) = -1,32 [-2,64, -0,04]). Лікування без КПТ не було значно кращим, ніж звичайне лікування/лист очікування (SMD (95% ДІ) -1,40 [-2,91, 0,11]). КПТ перевершувала звичайне лікування/лист очікування щодо зменшення симптомів депресії (SMD (95% ДІ) -0,67 [-0,98, -0,37]) і тривоги (SMD (95% ДІ) -0,70 [-1,22, -0,18]) в короткостроковій і довгостроковій перспективі.

Висновок Індивідуальна КПТ була кращою за список очікування/звичайну медичну допомогу, і було обмежено доказів щодо лікування без КПТ щодо зменшення клініцистів і симптомів посттравматичного стресового розладу, депресії та тривоги в короткостроковій перспективі, що їх оцінили самостійно; однак, останнє порівняння було засновано на кількох дослідженнях з малими розмірами вибірки.

Довгострокові наслідки лікування залишаються невизначеними. Існує потреба в РКД з адекватною потужністю, щоб досліджувати лікування посттравматичного стресового стресу після серйозної фізичної травми цивільного населення в довгостроковій перспективі. У дослідженнях була значна неоднорідність, тому слід уважно ставитися до інтерпретації результатів цього огляду.

[Grasser, L.R., & Javanbakht, A. (2019). Treatments of posttraumatic stress disorder in civilian populations. Current Psychiatry Reports, 21(2), 1–19].

Знову ж таки, **біженці** – це група, яка отримує меншу користь. Дослідження розпочали вивчення ефективності лікування окремих груп симптомів, причому гіперзбудження найбільше отримало перевагу від доступних на даний момент методів. Уникнення, вторгнення, негативні думки та переконання, а також дисоціація є симптомами, які потребують додаткових досліджень для цілеспрямованих втручань.

Резюме. Лікування посттравматичного стресового розладу перетворилося на (1) включати еквівалентні пропорції чоловіків і жінок, разом із зосередженими виключними жінками когортами; (2) досліджувати нові методи лікування онлайн та в різних культурних

контекстах; і (3) менше зосереджуватися на ліках, як свідчать поточні клінічні випробування.

На додаток до подальших досліджень ефективності та безпеки в більш різноманітних етнічних групах, необхідна робота, щоб вивчити, які методи лікування є найкращими для націлювання на конкретні групи симптомів ПТСР.

Це дослідження буде стимулювати точне лікування, і таке дослідження починає вказувати на основні механізми патології та змін. Необхідна робота, щоб вивчити, які методи лікування є найкращими для націлювання на конкретні групи симптомів ПТСР.

[Rzesutek, M., Lis-Turlejska, M., Krajewska, A., Zawadzka, A., Lewandowski, M., & Szumiał, S. (2020). Long-term psychological consequences of World War II trauma among Polish survivors: A mixed-methods study on the role of social acknowledgment. Frontiers in Psychology, 11, 210].

7.8. Дослідження психологічних наслідків травми Другої світової війни

Довідкова інформація: Дослідження психологічних наслідків травми Другої світової війни зосереджено переважно на концтаборах та тих, хто пережив Голокост. Було проведено лише кілька досліджень серед цивільних, які пережили Другу світову війну.

Цілі: Метою цього дослідження було вивчити зв'язок між усвідомленим соціальним визнанням травми Другої світової війни та рівнем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і симптомів депресії серед польських осіб, які пережили Другу світову війну, використовуючи змішані методи (тобто, кількісний аналіз, підкріплений якісними інтерв'ю).

Метод: У кількісній частині 123 учасники заповнили: список травматичних подій, пов'язаних з Другою світовою війною, контрольний список посттравматичних стресових розладів для діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання (PCL-5), скорочену версію шкали геріатричної депресії. (GDS) та Анкета соціального визнання (SAQ). У якісній частині було розглянуто інтерпретаційний феноменологічний аналіз (ІПА) спогадів учасників Другої світової війни.

Результати: хоча ми спостерігали прямий позитивний зв'язок між кількістю травматичних подій, пов'язаних із Другою світовою війною, та інтенсивністю посттравматичного стресового розладу та депресивних симптомів, ці відносини змінилися, коли ми ввели конструкцію соціального визнання в модель. Зокрема, ми виявили, що усвідомлене соціальне визнання (загальне несхвалення) було посередником співвідношення між кількістю травматичних подій Другої світової війни та інтенсивністю лише симптомів посттравматичного стресового розладу, а не симптомів депресії. У якісній частині серед учасників виникли три теми, що стосуються травматичних ремінісценцій: *батьківська ефективність, батьківська зрада та підтримка з боку загарбника.*

Висновок: Наше дослідження показало значення загального суспільного визнання у віддалених психічних наслідках травми Другої світової війни в Польщі. Крім того, результати нашого дослідження можуть стати доповненням до дискусії про довгостроковий вплив травми Другої світової війни в Польщі та чинники, які завадили її суспільному визнанню.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

_____ (керівник закладу)

« _____ » _____ 20 ____ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції:

«Стан здоров'я народу України в умовах війни» (Посібник).

Під редакцією:

Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою:

Манойленко Т.С., Дорохіна А.М., Ревенько І.Л., Беляєва Т.В.,
Адарічева Ж.Г.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса):

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»
НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження:

*підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах
системи кровообігу та інших захворюваннях*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція
(вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким
фахом: _____

4. Вказати кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією
(терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі,
інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків) _____

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів) _____

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо) _____

6. Пропозиції та зауваження: _____

Відповідальний за впровадження _____
(І.І.І., підпис)

Наукове видання

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
«ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ імені акад. М.Д. СТРАЖЕСКА»**

СТАН ЗДОРОВ'Я НАРОДУ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ

(Посібник)

Підп. до друку __.06.2022 р. Формат 60□84/16
Папір офсетний № 1. Гарнітура «Таймс». Офс. друк
Фіз. друк. арк. 13,75. Ум. друк. арк. 12,79.
Обл.-вид. арк. 13,14. Зам. _____. Тираж _____.

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95
Тел./факс (044) 501-35-69
Свідоцтво про державну реєстрацію
В02 № 257914 від 09.12.2002 р.