

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П. Л. ШУПИКА**

КЛИМЕНКО Вікторія Іванівна

УДК : 614.2.:616.12:616.45-001./3

**ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
КАРДІОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ ІЗ СТРЕСОВИМИ СТАНАМИ**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Київ-2009

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Запорізькому державному медичному університеті МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
Корнацький Василь Михайлович,
Національний науковий центр „Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска”, АМН України, головний лікар, заступник директора по клінічній роботі, завідувач відділом медико-соціальних проблем кардіології

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор, академік АМН України
Дзяк Георгій Вікторович,
Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, ректор, завідувач кафедри госпітальної терапії № 2;

доктор медичних наук, професор
Балашов Герман Вікторович,
Запорізька державна медична академія післядипломної освіти МОЗ України, проректор з науково-педагогічної роботи з інтернами та лікувальній роботі, професор кафедри соціальної медицини і організації охорони здоров'я;

доктор медичних наук, професор
Гапон Василь Олександрович,
Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія”, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

Захист відбудеться 23 січня 2009 року о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров'я, аудиторія № 46
З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий “17” грудня 2008 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

В.І. Бугро

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Зміцнення здоров'я населення держави та вдосконалення існуючої системи його охорони знаходить відображення в національних та офіційних документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Незважаючи на проведені заходи щодо виконання Національних Програм профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, а також запобігання і лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань, вони залишаються значимою медико-соціальною проблемою (Коваленко В.Н., Сиренко Ю.Н., 2003; Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2008) Питома вага смертності внаслідок хвороб системи кровообігу (ХСК) в 2007 р. становила 63,0 % у загальній структурі, а показники інвалідності мають тенденції до зростання (Ханюкова І.Я., 2003). За даними Національного наукового центру "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" та офіційної статистики МОЗ України за останні роки відзначається поступове зростання поширеності та захворюваності населення від усіх форм ХСК, за винятком ревматизму (Коваленко В.М., 2004). Отже, в Україні ХСК були і залишаються однією з головних медико-соціальних проблем системи охорони здоров'я народу (Лутай М.І., Дорогий А.П., 2002).

Соціальні зміни, пов'язані з процесами трансформації в суспільному розвитку, технічне та технологічне переозброєння, а також інтенсивне формування міської інфраструктури призвело до постійного зростання стресогенних факторів та нервово-психічних навантажень населення. В результаті зазначених процесів в економічно розвинутих країнах все більшого значення набувають не гострі захворювання (в тому числі інфекційні), а група хронічних обмінних, дегенеративних розладів. На зміну соматичним хворобам приходять нервово-психічні, пов'язані з впливом гострого і хронічного емоційного стресу (Feinstein R.E. et al., 2006; Rosch P.J., 2008; Gémes K. et al., 2008; Ware W.R., 2008), наслідком якого є психосоматизація серцево-судинних захворювань (Claesson M., Birgander L.S., 2006; Pugliese R., Zanella M.T. et al., 2007). За даними ВООЗ депресія посідає четверте місце серед усіх патологій, а в 2020 р. їй належатиме друге місце в структурі головних причин інвалідності та смертності в світі, поступаючись лише ішемічній хворобі серця (ІХС) (Murray C.J., Lopez A.D., 1996). Таким чином, як на теперішній час, так і за даними прогнозу на найближче десятиліття, ХСК та порушення психічного здоров'я є основними причинами втрати потенціалу життя населення світу.

Аналіз результатів вітчизняних та зарубіжних досліджень щодо окремих нозологій ХСК та їх лікування свідчить, що вони присвячені в основному вивченню клінічних аспектів. Враховуючи значну поширеність даної патології, науковці торкаються і медико-соціальних проблем, але психосоматизація даної патології з позицій соціальної медицини до цього часу не розглядаються, а клініцисти вже її піднімають (Підкоритов В.С., Серікова О.І., Чайка Ю.Ю. та ін., 2006). Недостатньо, також, опрацьовані системні організаційні медико-

профілактичні заходи цим хворим, реалізація яких за світовим досвідом, є найбільш ефективною (Stephoe A., Whitehead D.L., 2005; Paul-Labrador M. et al., 2006; J. Koertge et al., 2008). Аналіз якості медичної допомоги кардіологічним хворим довів недостатній її рівень (56,4 %) (Лехан В.М. із співав., 2003).

Актуальність дослідження значною мірою посилюється необхідністю виконання положень Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації на 2002-2011 роки” (2002), першочерговими завданнями якої окреслені поліпшення стану здоров'я усіх верств населення, подовження активного довголіття, формування і заохочення здорового способу життя, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я, а одним з розділів є покращання рівня психічного здоров'я.

Таким чином, відсутність комплексної системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами, значна їх поширеність, щорічне зростання показників інвалідності, смертності в зв'язку з ХСК і обумовило актуальність даного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано згідно з планом науково-дослідних робіт Запорізького державного медичного університету. Дисертаційна робота є фрагментами науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика “Вивчення соціальних детермінант популяційного здоров'я та управління ними”, 2005-2009 р.р. (№ державної реєстрації 0105U000118) та науково-дослідної роботи відділу медико-соціальних проблем Національного наукового центру „Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска” АМН України “Вплив психічного здоров'я на розвиток і перебіг серцево-судинної патології в Україні в сучасних умовах” 2007-2009 р.р. (№ державної реєстрації 0106U010048). Здобувач є співвиконавцем робіт.

Мета дослідження – наукове обґрунтування концептуальних напрямків та розробка оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах стресу.

Завдання дослідження, зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Системний аналіз вітчизняних і світових сучасних поглядів на проблему психосоматизації ХСК, чинників ризику, які сприяють виникненню та ускладнюють їх перебіг, організаційних моделей надання медико-профілактичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами.

2. Проведення аналізу поширеності, захворюваності, інвалідності, смертності та структури хвороб системи кровообігу серед дорослого населення України і Запорізької області у порівнянні з країни Європи.

3. Вивчення чинників середовища, що обумовлюють розвиток та ускладнюють перебіг серцево-судинних захворювань.

4. Виявлення найбільш вагомих макро- та мікросоціальних чинників ризику виникнення порушень психоемоційного стану у кардіологічних хворих.

5. Встановлення наявності стресового стану у кардіологічних хворих на підставі аналізу системи показників: психоемоційного фону, оксидативного стресу, нейромедиаторів, рівня стресових гормонів.

6. Виявлення впливу порушень психоемоційного стану на виникнення та ускладнення перебігу ХСК.

7. Визначення та оцінка концептуальних медико-організаційних факторів, що впливають на стан здоров'я кардіологічних хворих із стресовими станами, щодо їх забезпечення адекватними лікувально-профілактичними заходами.

8. Наукове обґрунтування, розробка та впровадження моделі оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами з визначенням її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Наукова база дослідження охоплювала медичні заклади: Запорізький обласний клінічний кардіологічний диспансер, Запорізька басейнова лікарня, медико-санітарна частина ВАТ “Мотор Січ”.

Об’єкт дослідження - психічне здоров'я кардіологічних хворих, система медичної допомоги кардіологічним хворим.

Предмет дослідження - захворюваність на ХСК, інвалідність та смертність у зв'язку з ХСК, чинники ризику порушень психоемоційного стану у кардіологічних хворих, психоемоційний стан кардіологічних хворих, організація медичної допомоги досліджуваному контингенту.

В дослідженні використані *методи* системного підходу та медико-статистичного аналізу на всіх його етапах; контент-аналіз і бібліосемантичний – для вивчення світового досвіду стосовно досліджуваної проблеми; соціологічний - для анкетування кардіологічних хворих; епідеміологічний - для оцінки стану здоров'я хворих; психометричного тестування – для оцінки психоемоційного стану; імуноферментний, спектрофлуориметричний та біохімічних досліджень - для оцінки наявності стресу у кардіологічних хворих; експертних оцінок - для визначення якості медичної допомоги; структурно-логічного аналізу і графічного зображення результатів; моделювання - для розробки моделі оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами; економічний - для розрахунку економічної ефективності запропонованої моделі.

Наукова новизна одержаних результатів досліджень полягає в тому, що вперше в Україні:

- проведено комплексне системне дослідження кардіологічних хворих з ознаками синдрому психоемоційного напруження;
- визначена поширеність змін психоемоційного стану у хворих на серцево-судинні захворювання;
- встановлений вплив порушень психоемоційного стану особистості на розвиток та ускладнення перебігу кардіологічної патології;
- запропоновані концептуальні основи організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами;
- науково обґрунтована та розроблена модель оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами;
- визначений стратегічний напрямок комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих з включенням його до стандартів обстеження відповідної категорії пацієнтів.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині удосконалення медико-санітарної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для:

- **впровадження** запропонованої оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами в діяльність Запорізького обласного клінічного кардіологічного диспансеру;
- **визначення:**
- чинників ризику порушень психоемоційного стану кардіологічних хворих;
- **розробки:**
- методики оцінки психоемоційного стану хворих на серцево-судинні захворювання;
- алгоритму комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих з розмежуванням функціональних ролей лікаря соматичного профілю, лікаря психолога, психотерапевта;
- схеми організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами;
- **обґрунтування:**
- доцільності впровадження в медичні заклади всіх рівнів посад лікарів психологів;
- потреб посад психотерапевтів для надання медичної допомоги кардіологічним хворим.

Результати дослідження впроваджені:

а) на державному рівні при підготовці методичних рекомендацій:

- “Оцінка психоемоційного стану кардіологічних хворих” (Київ, 2007);
- “Організація комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами” (Київ, 2007);
- “Медико-організаційні заходи профілактики та лікування кардіологічних хворих із стресовими станами” (Київ, 2008);

б) на регіональному рівні шляхом використання на етапах дослідження окремих елементів запропонованої системи в закладах охорони здоров'я відділень Запорізького обласного клінічного кардіологічного диспансеру, кардіологічного відділення Запорізької басейнової лікарні, поліклінічного відділення Медико-санітарна частина ВАТ “Мотор Січ”, Херсонської багатопрофільної клінічної лікарні, відділах Національного наукового центру „Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска”, лікарні ім. А. і О. Тропіних м. Херсон, клінічній лікарні Дніпровського району ім. О.С. Лучаєського м. Херсон, клінічній лікарні Суворовського району м. Херсон, Херсонському обласному клінічному кардіологічному диспансері та навчальних медичних закладах на кафедрі гігієни та екології з курсом соціальної медицини і організації охорони здоров'я Запорізького державного медичного університету, кафедрах соціальної медицини і організації охорони здоров'я Запорізької медичної академії післядипломної освіти, Дніпропетровській державній

медичній академії, Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського, Української медичної стоматологічної академії, Харківського національного медичного університету, Івано-Франківського державного медичного університету, Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, на кафедрах терапії, клінічної фармакології та ендокринології Запорізької медичної академії післядипломної освіти, сімейної медицини Запорізької медичної академії післядипломної освіти, що підтверджується відповідними актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто визначена мета і завдання дослідження, розроблена його програма, обрані методики для вирішення поставлених завдань, здійснено збір та викопіювання первинної документації, розроблена анкета медико-соціологічного і клінічного досліджень кардіологічних хворих та організований збір його матеріалів, розроблена анкета для анкетування лікарів-експертів, розроблені комп'ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані оброблені на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми Statistica 6.0, проведена їх систематизація та аналіз, моделювання, узагальнення та інтерпретація результатів, сформульовані висновки, запропоновані практичні рекомендації, що знайшло відображення в опублікованих працях за темою роботи.

Апробація результатів дисертації. Результати досліджень, викладені у дисертації, оприлюднені на науково-практичних конференціях:

- на міжнародному рівні – українська школа-семінар з міжнародною участю „Психотерапія і психоаналіз на шляху до Євроінтеграції” (Київ, 2005); з нагоди Всесвітнього дня здоров'я 2007 р., присвяченого міжнародній безпеці у сфері охорони здоров'я, “Інвестуючи в здоров'я, збудуємо більш безпечне майбутнє” (Київ, 2007); “Безопасность питания: проблемы, пути и способы решения” (Коломна, 2007); присвяченій 60-річчю Всесвітньої організації охорони здоров'я (Київ, 2008); “Безопасность питания: элемент оценки качества жизни семьи” (Коломна, 2008); IX Національному конгресі кардіологів України (Київ, 2008);

- на державному рівні – II з'їзд лікарів загальної (сімейної) практики України (Харків, 2005); XXV ювілейній науково-практичній конференції “Сучасні проблеми створення, дослідження та апробації лікарських засобів” (Харків, 2008); науково-практична сесія Національного наукового центру “Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска”, присвяченої пам'яті М.Д. Стражеска (Київ, 2008); українська науково-практична конференція „Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні” (в рамках виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні) (Київ, 2008);

- на регіональному рівні – Всеукраїнська науково-практична конференція молодих учених “Актуальні питання медицини і фармації - 2006”, (Запоріжжя, 2006).

Публікації. Всього за темою дисертації опубліковано 36 наукових праць, у тому числі 24 статті у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 7 - у матеріалах з'їздів і конференцій; видано 3 методичні рекомендації, 1 статистично-аналітичний посібник (в співавторстві).

Структура та обсяг роботи: складається із вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми досліджень та методик, п'яти розділів власних досліджень та аналізу отриманих даних, узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Текст дисертації викладений на 298 сторінках і додатки на 48 сторінках, містить 40 таблиць та 42 рисунки. Бібліографія включає 429 джерел, із них кирилицею - 295, латиною - 134.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Програма, матеріали і методи дослідження. Досягнення головної мети дослідження потребувало наявності спеціальної, розробленої на підставі комплексного системного підходу, програми (рис. 1), яка передбачала його виконання у п'ять етапів із використанням адекватних методів (рис. 2), що забезпечило можливість отримання достатньо повної інформації для оцінки стану об'єктів дослідження.

Результати реалізації завдання першого етапу дозволили визначити напрямки вирішення проблем щодо впливу стресових станів на виникнення та ускладнення перебігу ХСК, їх психосоматизації, проаналізувати світовий та вітчизняний досвід державної політики національної охорони здоров'я з питань організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами.

Другий етап присвячений аналізу стану здоров'я кардіологічних хворих, що дозволило довести значимість ХСК як медико-соціальної проблеми, яка в нових умовах потребує нових концептуальних напрямків, наукового обґрунтування оптимізації існуючої політики в сфері охорони здоров'я та медичної допомоги хворим. Тому дизайн даного етапу дослідження не відрізнявся від традиційної схеми вивчення здоров'я у вітчизняній соціальній медицині та організації охорони здоров'я. Головний акцент зосереджувався на аналізі поширеності та захворюваності ХСК в динаміці, аналізу змін їх структури, показниках первинної та загальної інвалідності, демографічних показників. Таким чином, стан здоров'я населення України, зокрема Запорізької області, в зв'язку з ХСК аналізувався за стандартними показниками, особливо стосовно працездатного населення, оскільки частка інвалідів серед них є критерієм соціального неблагополуччя та соціально-економічних неповоротних втрат.

Завданням третього етапу дослідження стало визначення поширеності порушень психоемоційного стану у кардіологічних хворих на підставі скринінгу, вивчення чинників середовища, в яких перебуває дана категорія хворих та виявлення серед них найбільш впливових психосоціальних факторів, що призводять до порушення психоемоційного стану особистості та є підґрунтям виникнення та ускладнення перебігу серцево-судинних захворювань.



Рис. 1. Програма, матеріали та обсяги дослідження

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Методи дослідження	Етапи дослідження
1. Системного підходу	I-V
2. Контент-аналіз	I-V
3. Бібліосемантичний	I
4. Медико-статистичний	II-V
5. Соціологічний	II-V
6. Епідеміологічний	II-V
7. Психометричного тестування	IV
8. Спектрофлуориметричний	IV
9. Імуноферментний	IV
10. Біохімічний	IV
11. Моделювання	V
12. Структурно-логічний аналіз	II-V
13. Графічний	II-V
14. Експертних оцінок	V
15. Економічний	V

Рис. 2. Методичний апарат дослідження

Результати четвертого етапу дозволили на підставі комплексного дослідження та системного підходу за допомогою додаткових спеціальних клінічних та лабораторних досліджень довести перебування кардіологічних хворих на різних стадіях синдрому психоемоційного напруження (наявність стресового стану у фазі дистресу). Провідними додатковими методами обстеження були психометричне тестування, виявлення рівню інсуліну, кортизолу та катехоламінів в плазмі крові, зміни показників окисної модифікації білків плазми крові, як елементи доказової бази для обґрунтування наявності стресових станів у кардіологічних хворих.

На п'ятому, заключному, етапі дослідження проводилась оцінка стану медичного обслуговування кардіологічних хворих. Результати аналізу медико-організаційних чинників разом із встановленими особливостями впливу чинників середовища на психоемоційний стан особистості, що призводять до виникнення та ускладнюють перебіг серцево-судинних захворювань, дозволили науково обґрунтувати і розробити концептуальні напрямки оптимізованої комплексної системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами.

Оцінка ефективності запропонованих концептуальних напрямків і якісно нових складових оптимізованої системи здійснювалась на підставі обраних показників: медична ефективність - за результатами стану здоров'я після надання медичної допомоги на певному етапі лікування, соціальний ефект за показниками первинної інвалідності, відновлення працездатності та задоволеністю медичним обслуговуванням. Економічна ефективність оцінювалась з використанням методу "затрати-корисність" за допомогою алгоритму на підставі таблиць, які характеризують стан здоров'я і є більш загальними. Використання даного методу пов'язано з оцінкою результату в роках життя з урахуванням якості (QALY - Quality Adjusted Life Years), а також за допомогою розрахунку економічного ефекту.

Потреба в лікарях психотерапевтичної служби розраховувалась через функцію лікарської посади за методом, запропонованим І.І. Розенфельдом.

Таким чином, запропонована програма дослідження та її методичний апарат дозволили отримати репрезентативні дані, вирішити поставлені завдання на кожному з етапів, отримати достовірні результати, покладені в основу наукового обґрунтування концептуальних напрямків оптимізованої системи надання медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами.

Основні результати досліджень та їх обговорювання. Показано, що провідною причиною смертності населення України за період 1990-2007 р.р. є ХСК, перевищуючи в 3,6 рази аналогічний показник в країнах Євросоюзу, їх вага в структурі смертності дорослого населення України у 2007 р. склала 63 % (1034,4 на 100 тис. нас.), провідні місця в структурі займали ІХС - 66,8 % (691,1 на 100 тис. нас.) та цереброваскулярні захворювання - 21,3 % (220,6 на 100 тис. нас.). Вивчення показників смертності за статтю встановило вищі її рівні серед чоловіків, а у чоловіків працездатного віку смертність від ХСК у 4,2 рази перевищує аналогічний показник у жінок. Поширеність ХСК у Запорізькій області за період 1995-2006 р.р. перевищила середній по державі: показник наочності склав – 214,4 % проти 169,9 % - по Україні. Аналогічна ситуація склалася і з захворюваністю, яка за період 1995-2006 р.р. по Запорізькій області зросла на 63,7 % проти 60 % по Україні. Таким чином, захворюваність та поширеність ХСК по Запорізькій області протягом останнього десятиріччя перевищувала показники по Україні, особливо серед працездатного населення. Їх питома вага серед останніх становить 60 % (на 01.2007 р.) від всього населення, а захворюваність – 83,1 %. Встановлено, що за останні роки структура поширеності ХСК як в Україні, так і в Запорізькій області не змінилася, а за основними нозологіями відмічається щорічний приріст (рис. 3).

Таким чином, показники поширеності, захворюваності та смертності від ХСК займали провідне місце серед дорослого населення, особливо у працездатному віці, на фоні складної демографічної ситуації: від'ємного природного приросту, регресивного типу, еміграції та інше.

Результати дослідження поширеності змін психоемоційного стану у кардіологічних хворих, отримані за методикою М.А. Whooley, засвідчили, що достовірною їх більшість - $84,65 \pm 1,39$ % (на 100 опитаних) незалежно від нозології мали порушення психоемоційного стану (рис. 4).

Встановлено, що вже при гіпертонічній хворобі (ГХ) I ст. у $90,7 \pm 1,12$ % хворих спостерігаються його зміни у вигляді тривожності і роздратованості (за даними відповіді на перше запитання, дивись рис. 4).

При прогресуванні ГХ зростає можливість розвитку ендогенної депресії, що підтверджується вірогідно більшою кількістю позитивних відповідей на друге запитання до $94,3 \pm 0,90$ % у хворих на ГХ III ст. У хворих на ІХС як ранні порушення психоемоційного стану, так і розвиток депресивного стану проявляються однаково, без достовірної різниці, відповідно, $82,6 \pm 1,46$ % проти $86,2 \pm 1,33$ % ($p > 0,05$), а у хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом в анамнезі прояви депресії достовірно переважають над ознаками тривожності ($95,1 \pm 0,83$ % проти $87,6 \pm 1,27$ %, $p < 0,001$), що співпадає з даними у хворих на ГХ III ст. Таким чином, більш глибокі порушення психоемоційного стану у кардіологічних хворих виявлені при наявності ускладненого перебігу серцево-судинних захворювань.

Аналіз даних тривалості ГХ засвідчив, що $11,6 \pm 2,56$ % на 100 опитаних хворих на ГХ III ст. мають ускладнення в перші 5 років з моменту встановлення діагнозу, що свідчить про існуючі недоліки організації їм медичної допомоги. Аналогічні дані спостерігаються при аналізі тривалості ІХС, де переважає питома вага хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом з тривалістю хвороби до 5 років. На ускладнення перебігу кардіологічних захворювань впливають як якість медичної допомоги, так і профілактичні заходи, особливо щодо запобігання впливу психосоціальних чинників ризику.

Підтвердження впливу соціально-психологічних чинників на перебіг ХСК та зміни психоемоційного стану особистості потребувало детального вивчення чинників середовища в залежності від нозології та гендерних відмінностей. Встановлено, що на ГХ в рівних частках хворіють як чоловіки, так і жінки, проте у жінок вона розвивається пізніше і частіше супроводжується супутньою патологією, яка може приховувати симптоми захворювань серця, в той час як у чоловіків вона швидше прогресує, призводячи до ускладнень. У групі хворих на ІХС (всі форми разом) переважали чоловіки і склали 73 % респондентів, а при наявності післяінфарктного кардіосклерозу їх кількість зростає до 85,1 %.

Вивчення рівня соціально-економічного благополуччя, як головної, за даними ВООЗ, детермінанти здоров'я населення, потребувало його дослідження стосовно освіти, матеріального добробуту, особливостей харчування, зайнятості, соціального статусу тощо, а також їх впливу на виникнення та ускладнення перебігу серцево-судинних захворювань.

Аналіз розподілу хворих за рівнем матеріально-побутових умов засвідчив достовірно нижчий рівень прибутку у жінок (табл. 1).

Таблиця 1

Гендерні відмінності у кардіологічних хворих за рівнем матеріально-побутових умов (% , на 100 опитаних)

Рівень матеріально-побутових умов	Чоловіки (ІІ± m)	Жінки (ІІ± m)	P
-----------------------------------	------------------	---------------	---

Низькі	11,16±2,02	23,50±2,13	<0,01
Середні	80,16±2,56	70,49±3,37	<0,05
Вищі за середні	8,68±1,81	6,01±1,76	>0,05

Поряд з тим, як видно з табл. 2, серед хворих на ГХ вірогідно більша частина зайнята на керівних посадах або є державними службовцями, а серед хворих на ІХС не встановлено жодного випадку з числа тих, хто навчається або ніколи не працював, в той час як дані категорії виявлені серед хворих на ГХ. Частка пенсіонерів вірогідно перевищує у хворих на ГХ, а за інвалідністю – при ІХС.

Таблиця 2

Відмінності за професійною діяльністю у кардіологічних хворих в залежності від нозології (% , на 100 опитаних)

Професія	Хворі на ГХ ($\bar{X} \pm m$)	Хворі на ІХС ($\bar{X} \pm m$)	P
Учень школи, технікуму, ПТУ, студент/ка ВНЗ	2,07±0,84	-	<0,05
Робітники	34,14±2,78	26,28±3,76	>0,05
Службовці та зайняті на керівних посадах	17,24±2,22	10,22±2,59	<0,05
Зайняті інтелектуальною працею	12,07±1,91	17,52±3,25	>0,05
Не працюють (домогосподарка)	5,17±1,30	-	<0,01
Пенсіонери	28,28±2,64	19,66±3,40	<0,05
Пенсіонери за інвалідністю	4,14±1,17	10,22±2,59	<0,05
Працюючі пенсіонери	3,11±1,02	16,1±3,14	<0,01

Виявлено, що вірогідність розвитку ГХ у порівнянні з усіма досліджуваними хворими значно вища ніж ІХС, особливо при стажі роботи до 10 років ($p < 0,05$), при його зростанні від 21 до 30 років вона збільшується ($p < 0,01$), а при стажі понад 30 років більш зростає вірогідність розвитку ІХС ($p < 0,001$).

Відомо, що вагомим для здоров'я як усього населення, так зокрема і кардіологічних хворих є не тільки його зайнятість, а й особливості трудової діяльності: умови праці, виробничі шкідливості тощо. Аналіз професійних маршрутів респондентів показав, що найчастіше зустрічається емоційне навантаження - 26,35±2,14 % на 100 опитаних і емоційне напруження - 22,82±2,04 % та їх поєднання - 49,18±2,43 %, порушення режиму праці та

відпочинку - $24,71 \pm 2,09$ %, фізичне навантаження - $20,71 \pm 1,97$ %, особиста відповідальність - $20,24 \pm 1,95$ % (рис. 5).

Аналіз сімейного стану та їх взаємовідносин засвідчив вагомих їх вплив на психоемоційний стан особистості. Переважна більшість кардіологічних хворих знаходились у шлюбі – $87,56 \pm 1,60$ % на 100 опитаних. Щодо аналізу впливу родинних відносин, сімейних стосунків, мікроклімату у родині, то більше третини жінок вважають свої сімейні стосунки досить напруженими з тривалістю конфліктів понад 10 років. Першочерговою причиною конфліктів у родині серед усіх кардіологічних хворих були визнані скрутні матеріально-побутові умови ($22,46 \pm 3,55$ % на 100 опитаних) як у чоловіків ($20,99 \pm 2,61$ %), так і жінок ($18,03 \pm 2,84$ %, $p > 0,05$), а також у хворих в залежності від нозології: у $21,99 \pm 2,43$ % хворих на ГХ та у $18,84 \pm 3,33$ % ($p > 0,05$) хворих на ІХС.

Друге місце серед причин, які призводять до конфліктів у родині, займало погіршення стану здоров'я самого досліджуваного ($12,21 \pm 1,59$ % на 100 опитаних), з її перевищенням серед чоловіків - $16,46 \pm 2,38$ % проти $6,56 \pm 1,83$ % - у жінок, $p < 0,01$. Щодо впливу цього чинника на хворих в залежності від нозології, то достовірна різниця не встановлена, але він зберігав своє впливове значення: $14,49 \pm 3,0$ % на 100 опитаних хворих на ІХС та $11,34 \pm 1,86$ % - у хворих на ГХ ($p > 0,05$).

Вивчення впливу психосоціальних чинників на виникнення порушень психоемоційного стану потребувало розподілу хворих в залежності від нозології, а також наявності порушень їх психоемоційного стану. До контрольної групи відносились кардіологічні хворі без порушень їх психоемоційного стану. А щодо психосоціальних чинників, то вони розподілились на макро- та мікросоціальні. До провідних макросоціальних відносились безробіття або його загроза, відсутність перспективи життя, негативний вплив засобів масової інформації, політичні події, які створюють ситуацію тривоги у індивідуума, техногенні або природні катастрофи. Групу мікросоціальних чинників становили сімейні конфлікти, розлучення, погіршення матеріально-побутових умов, матеріальна скрута, кримінальні події (пограбування, зґвалтування), міжособистісні конфлікти у виробничому колективі, шкідливі професійні та санітарно-технічні умови, конфлікти з друзями, сімейний стан та взаємовідносини в сім'ї, причини конфліктів та їх тривалість за наявності, погіршення відносин з дітьми та батьками, хвороби близьких, переживання у зв'язку з алкоголізмом та наркотичною залежністю у близьких, порушення сексуальних стосунків, особисті захворювання (хронічні хвороби), смерть рідних та близьких.

Аналіз впливу макросоціальних чинників на виникнення та ускладнення перебігу кардіологічної патології в залежності від нозології засвідчив, що вагомими стали відсутність перспективи у власному житті та житті дітей – $65,12 \pm 2,34$ % на 100 опитаних проти групи контролю – $38,2 \pm 3,4$ % ($p < 0,01$), політичні події в країні та світі – $62,8 \pm 5,16$ % проти групи порівняння – $54,3 \pm 4,1$ % ($p > 0,05$), але достовірності за цим впливовим чинником отримано не

було, як і при аналізі негативного впливу засобів масової інформації – $57,3 \pm 2,6$ % проти групи порівняння – $53,8 \pm 3,1$ % ($p > 0,05$). Таким чином, навіть макросоціальні чинники у особистості трансформуються в мікросоціальні: достовірна різниця негативного впливу на хворого отримана лише за відсутністю перспективи у власному житті та його близького оточення, яка формується під дією інших макросоціальних чинників середовища. Отже, соціально-психологічні чинники, що викликають порушення психоемоційного стану, є впливовими стресовими факторами, які достовірно ускладнюють перебіг ХСК.

Оцінка комплексної дії стресогених чинників впливу на життя особистості визначалась за методикою Холмса і Раге, що дозволило дослідити рівень стресостійкості і соціальну адаптацію особистості, використання якої засвідчило ступінь стресового навантаження. Достовірно високий ступінь опору стресу серед хворих виявлено лише у хворих на ГХ II ст., а у пацієнтів з ускладненнями перебігу кардіологічних захворювань - пороговий ступінь опору стресу. При цьому у $15,7$ % хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом виявився низький рівень опору - $304 \pm 12,7$ балів та надмірність стресогених життєвих подій, які стали ЧР розвитку гострого інфаркту міокарда. Це підтверджується наявністю позитивних кореляційних зв'язків між ступенем опору стресу та низькими матеріально-побутовими умовами ($r = +0,64$, $p < 0,05$), періодичними конфліктами в сім'ї ($r = +0,73$, $p < 0,05$), тривалістю захворювання ($r = +0,53$, $p < 0,05$), який посилюється при наявності ускладнень ($r = +0,71$, $p < 0,05$), віком хворих ($r = +0,74$, $p < 0,05$) та емоційною напругою ($r = +0,86$, $p < 0,05$).

Дослідження синдрому психоемоційного напруження за всіма 5 ознаками: клінічні, психологічні, фізіологічні, ендокринологічні, метаболічні дозволило встановити, що кардіологічні хворі дійсно знаходяться в стресовому стані.

При цьому найвищий рівень реактивної тривожності спостерігався у хворих на ГХ I ст. ($54,1 \pm 0,97$ балів) на фоні найнижчої особистої тривожності ($40,7 \pm 0,68$ балів), в порівнянні з контрольною групою $46,7 \pm 1,32$ балів ($p < 0,01$) і $46,1 \pm 2,09$ балів ($p < 0,05$), відповідно, що може стати підґрунтям для виникнення соматичного захворювання, зокрема ГХ. По мірі прогресування ГХ спостерігалось достовірне підвищення особистої тривожності до $53,9 \pm 0,74$ балів (як стійкої характеристики людини), як це відмічалось у хворих на ГХ III ст. з доданням реактивної тривожності ($50,1 \pm 1,11$ балів). У хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом в анамнезі рівень особистої тривожності був найвищим ($58,4 \pm 1,01$ балів), що свідчить про значну роль постійно діючих соціально-психологічних чинників ризику на розвиток інфаркту міокарду.

З прогресуванням ГХ відмічаються більш глибокі зміни в особистості хворого, які супроводжуються накопиченням особистої тривожності, яка призводить до депресивного стану невротичного генезу, про що свідчать дані отримані за методикою Зунге ($69,2 \pm 1,17$ балів у хворих на ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом в анамнезі) при ускладненні перебігу серцево-судинних захворюваннях.

Виявлене підвищення інтенсивності окисної модифікації білків плазми крові (ОМБПК) у кардіологічних хворих не залежно від нозології у порівнянні з контрольною групою підтверджують наявність системного окислювального стресу при кардіологічній патології, а підвищення цих показників у хворих з порушенням психічного стану доказує його вплив на розвиток та перебіг соматичних захворювань. Це підтверджується підвищенням при спонтанній ОМБПК альдегідфенілфенінгідрозону (АФГ) вже на I стадії ГХ до $0,130 \pm 0,0245$ од г/білка проти $0,087 \pm 0,026$ в контрольній групі ($p < 0,01$). Враховуючи отримані дані, проведений кореляційний аналіз та чутливість показника АФГ при спонтанній ОМБПК є маркером окислативного стресу у кардіологічних хворих. У хворих з інфарктом міокарду в анамнезі відбувається зниження кількості протеїнів за рахунок вільного радикального окислення.

Встановлено, що з прогресуванням кардіологічних захворювань спостерігається виснаження адаптаційних можливостей організму, що підтверджується найвищим показником інсулін-кортизолового індексу (2,37) при ускладненому їх перебігу. Аналогічні дані спостерігаються і в симптомко-адреналовій системі, в якій при ускладненому перебігу кардіологічних захворювань спостерігається виснаження депо норадреналіну до $5,27 \pm 0,04$ нмоль/л проти контрольної групи - $6,09 \pm 0,09$ нмоль/л ($p < 0,05$). У хворих на ГХ III стадії спостерігали вірогідне підвищення альдегідфенілфенінгідрозону як маркеру стресу при індукованій окисній модифікації білків плазми крові в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$), що може бути наслідком ослаблення захисних реакцій організму на клітинному рівні і його гомеостатичних систем в цілому. Звертає на себе увагу його зниження у хворих з інфарктом міокарду в анамнезі в порівнянні як з досліджуваними групами, так і з групою контролю, що можна пояснити зниженням щільності протеїнів на мембрані клітин внаслідок перенесеного інфаркту.

Виявлені кореляційні зв'язки сильної та середньої сили між всіма ознаками дозволяють стверджувати про наявність у кардіологічних хворих стресового стану (рис.6).

Результати аналізу організації медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами свідчать, що вони не отримують необхідної психологічної допомоги, як наслідок фактичної відсутності в Україні лікарів-психологів та незадовільного забезпечення психотерапевтами (рис. 7). Показник забезпеченості лікарями первинної медико-санітарної допомоги в Україні (на 01.2008 р.) досяг 95 %, але укомплектованість ними недостатня – 76,3 %. Зайнятість посад кардіологів станом на 01.2008 р. в державі - 95,2 %, а укомплектованість – 85,8 %. Медична допомога кардіологічним хворим у Запорізькій області на той час надавалася 122 кардіологами (фізичними особами), які забезпечили 93,5 % зайнятості посад та 83 % їх укомплектованості.

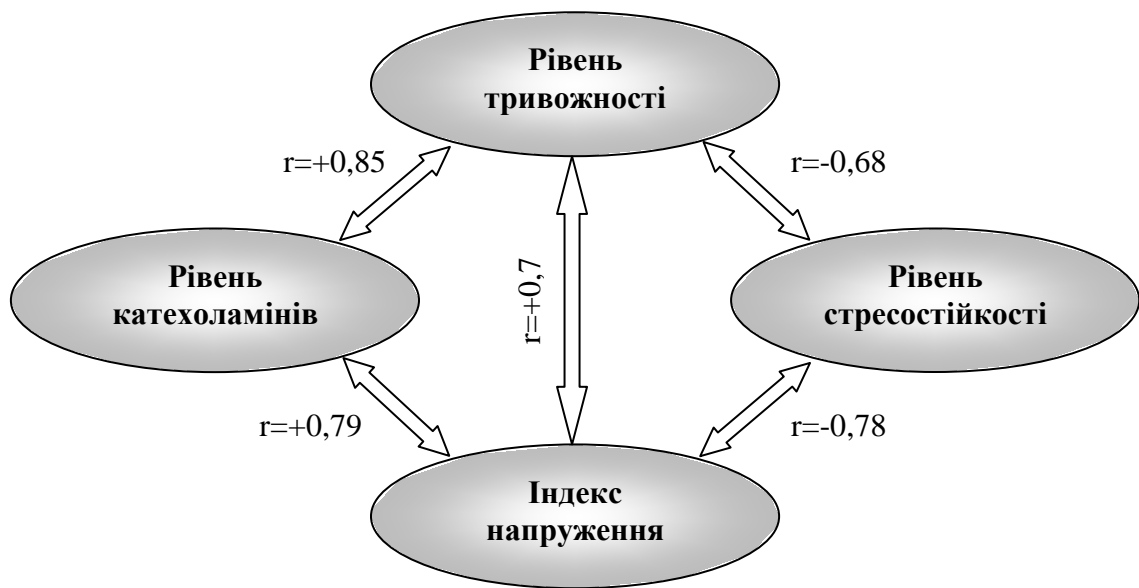


Рис. 6. Взаємозв'язки між ознаками синдрому психоемоційного напруження

Забезпеченість психотерапевтами по Україні - 82,8 %, їх укомплектованість - 70,3 %, що значно гірше в порівнянні з іншими спеціалістами. Забезпеченість лікарями психологами - 50 %, укомплектованість ними - 21,3 %.

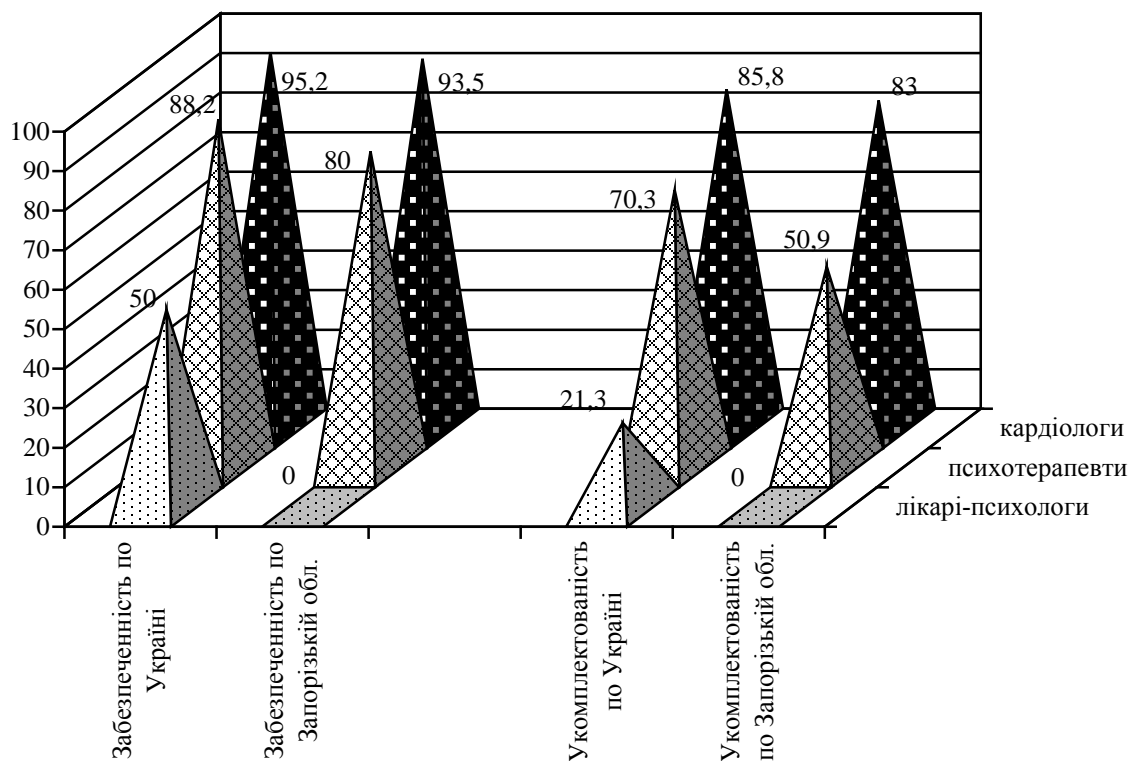


Рис.7. Забезпеченість та укомплектованість медичними кадрами (на 01.2008 р.)

Передчасна реорганізація (необґрунтоване скорочення в 1,5 рази за період 2000-2007 р.р.) психотерапевтичної служби Запорізької області призвела

до зниження зайнятості посад психотерапевтів до 80 %, зростання навантаження на 1 фізичну особу до 1,96 та коефіцієнта сумісництва до 1,57, що забезпечило укомплектованість лише на 50,9 % на фоні поступового зростання штатних посад в державі (292,25 – 2000 р., 317,0 – 2005 р., 308,50 – 2007 р.). Лікарями психологами область взагалі не забезпечена: в штаті області є в наявності 2 посади, з яких зайнято 0,5 ставки і то не за фахом.

В той же час результати експертних оцінок формування критичних чинників засвідчили, що найвагомішими з них є саме організаційні, які впливають на якість медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами (рис. 8).

Найвагомішими з них, які впливають на виникнення ускладнень та призводять до інвалідності у кардіологічних хворих із стресами, на думку експертів, є несвоєчасність надання медичної допомоги; відсутність бесід з хворим про дотримання здорового способу життя; несвоєчасне звернення хворого після психоемоційного напруження, стресу; неможливість залучення до комплексного лікування лікаря психолога (психотерапевта).

Таким чином, результати дослідження засвідчили значні організаційні недоліки у наданні медичної допомоги кардіологічним хворим, пов'язані, зокрема, з фактичною відсутністю психологічної допомоги, що потребувало наукового обґрунтування концептуальних напрямків оптимізованої її системи. В основу концептуальних підходів до її формування покладались: Програма ВООЗ з охорони психічного здоров'я (2005 р.) і міжнародний досвід, положення Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації на 2002-2011 роки” (2002), діючі нормативно-правові акти України, результати власних досліджень.

Запропонована модель оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами (рис. 9) передбачає визначення цілей, видів профілактики, виконавців, реалізації через соціальні ролі держави та її підсистем, а також на галузевому рівні.

Стратегічний напрямок моделі спрямовувався на покращання стану психічного здоров'я кардіологічних хворих через реалізацію запропонованого комплексу лікувальних та профілактичних заходів надання медичної допомоги кардіологічним хворим, що потребувало внесення відповідних коректив до існуючої.

Тактичним напрямком моделі стало формування та широке впровадження психотерапевтичної служби в медичні заклади всіх рівнів, розрахунок потреби посад психотерапевтів для надання медичної допомоги кардіологічним хворим.

Особливостями оптимізованої функціонально-структурної моделі стало включення до неї:

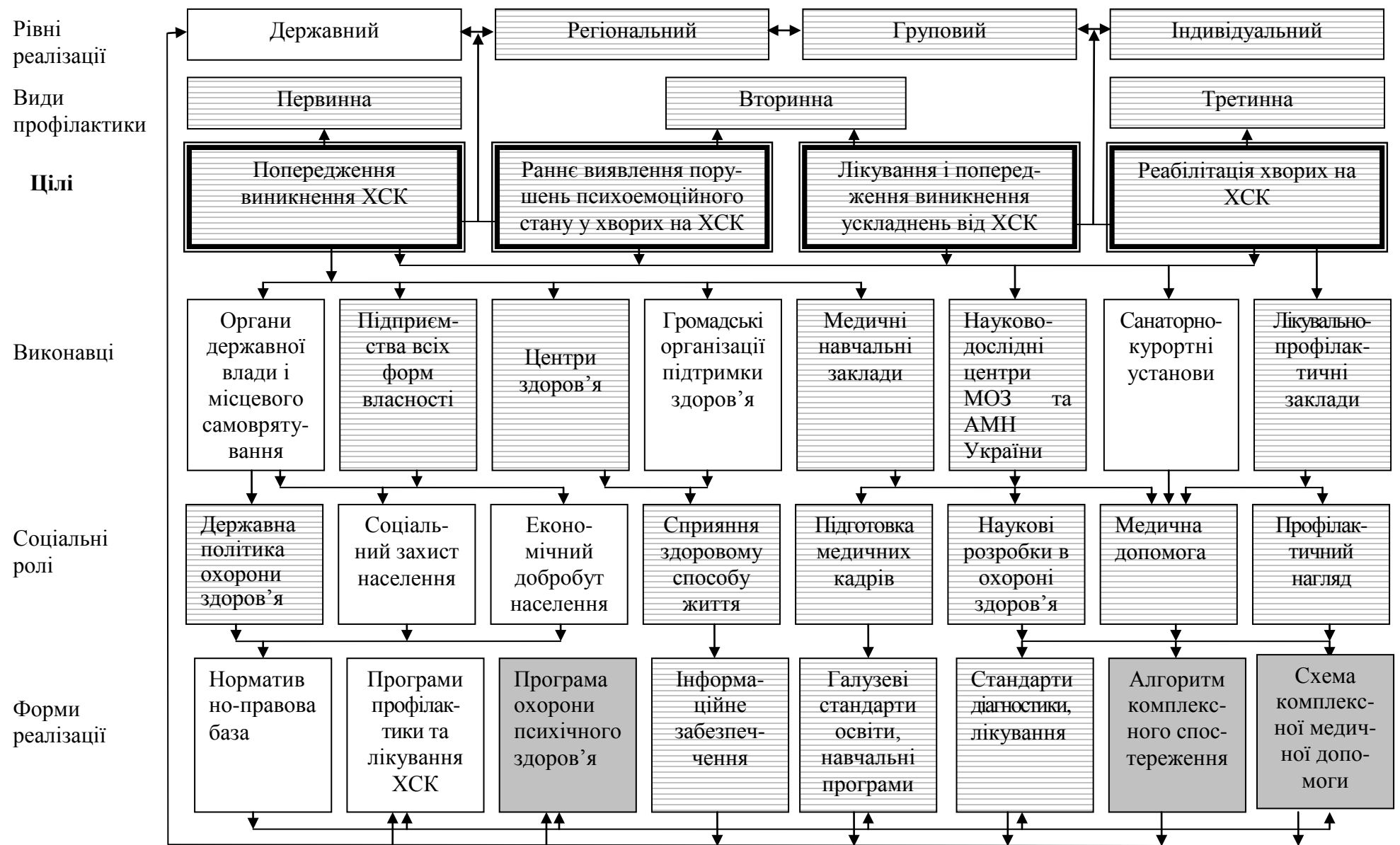
- існуючих елементів системи охорони здоров'я (громадські організації підтримки здоров'я, санаторно-курортні установи, нормативно-правова база, соціальний захист та економічний добробут населення), що використовуються для організації медичної допомоги кардіологічним хворим;
- частково змінених існуючих складових системи (медична допомога, профілактичний нагляд, галузеві стандарти освіти і навчальні програми,

стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих) за рахунок їх функціональної оптимізації та концептуальних напрямків;

- якісно нових елементів: алгоритм комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих, схема організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами, інтеграція яких в існуючу систему і стало головним концептуальним напрямком оптимізації системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами і надало системі нових якостей та сприяло досягненню головної мети.

Невід'ємною складовою запропонованих концептуальних напрямків оптимізованої системи стала схема організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим (рис. 10), яка ґрунтується на принципово новому підході надання медичної допомоги даній категорії хворих та 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 ЧР, які викликають порушення психоемоційного стану;
- динамічне спостереження за психоемоційним станом вищевказаних груп шляхом проведення оглядів і консультацій у фахівців психотерапевтичної служби;
- проведення комплексного лікування та реабілітаційних заходів з визначенням їх обсягу та частоти у відповідності до рівня ризику з урахуванням психічного здоров'я.



Примітка: □ - існуючі, ▨ - частково змінені, ■ - запропоновані елементи системи.

Рис. 9 Модель оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами



Рис. 10. Схема організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим

Такий підхід надання медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами відображає сучасні тенденції у формуванні громадського здоров'я і дозволяє хворим отримати комплексну медичну допомогу, а лікарям загальносоматичного профілю виявити наявність ЧР порушення психоемоційного стану та залучити до комплексу лікувально-профілактичних заходів фахівця психотерапевтичної служби (лікар-психолог, психотерапевт).

Достовірна перевірка наявності порушень психоемоційного стану кардіологічних хворих лікарями загальносоматичного профілю, особливо загальної практики/сімейної медицини, забезпечується запропонованим алгоритмом комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих (рис. 11) з розподілом функціональних взаємозв'язків між лікарями соматичного профілю (ЛЗП/СМ, терапевтами, кардіологами), лікарями психологами та психотерапевтами, що також стало якісно новою складовою та одним із концептуальних напрямків запропонованої оптимізованої системи надання медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами.

В основу алгоритму покладались результати виявлення змін психоемоційного стану, як важливого індикатора стану здоров'я кардіологічного хворого. Алгоритм створено з урахуванням рекомендацій експертів ВООЗ для проведення популяційних досліджень психосоціальних чинників. Він передбачає визначення рівня ступеню опору стресу з метою виявлення осіб з високим рівнем психосоціального стресу та низькою здатністю до стрес-опору, що складають групу ризику щодо виникнення та ускладнення перебігу ХСК, потребують медичної допомоги та психологічної корекції вже на рівні первинної та вторинної профілактики.

Використання алгоритму комплексного спостереження за психоемоційним станом кардіологічних хворих передбачається при проведенні профілактичної роботи на всіх рівнях з метою надання спеціалізованої медичної допомоги фахівцями психотерапевтичної служби.

Його застосування в популяційних дослідженнях дозволяє отримувати дані для порівняльного аналізу рівня психосоціального стресу і пов'язаних з ним чинників в різних вибірках населення, а при повторному дослідженні - можливість оцінювати динаміку вивчаємих показників. Використання психометричних тестів та опитувальників в алгоритмі дозволяє не лише виявити депресію, тривогу та інші психологічні відхилення, а й дати кількісну оцінку досліджуваним показникам.

Таким чином, переваги запропонованої оптимізованої моделі системи надання медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами полягають у:

- системності та комплексності підходу при організації медико-організаційних заходів кардіологічним хворим із стресовими станами;
- удосконаленні методики комплексного спостереження за станом здоров'я кардіологічних хворих в лікувально-профілактичних закладах всіх рівнів та всіх форм власності;
- широкій інтеграції психотерапевтичної служби (психотерапевта, лікаря психолога) в лікувально-профілактичні заклади всіх рівнів для надання медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами;
- розподілі функціональних взаємозв'язків між лікарями терапевтичного та психотерапевтичного профілів;

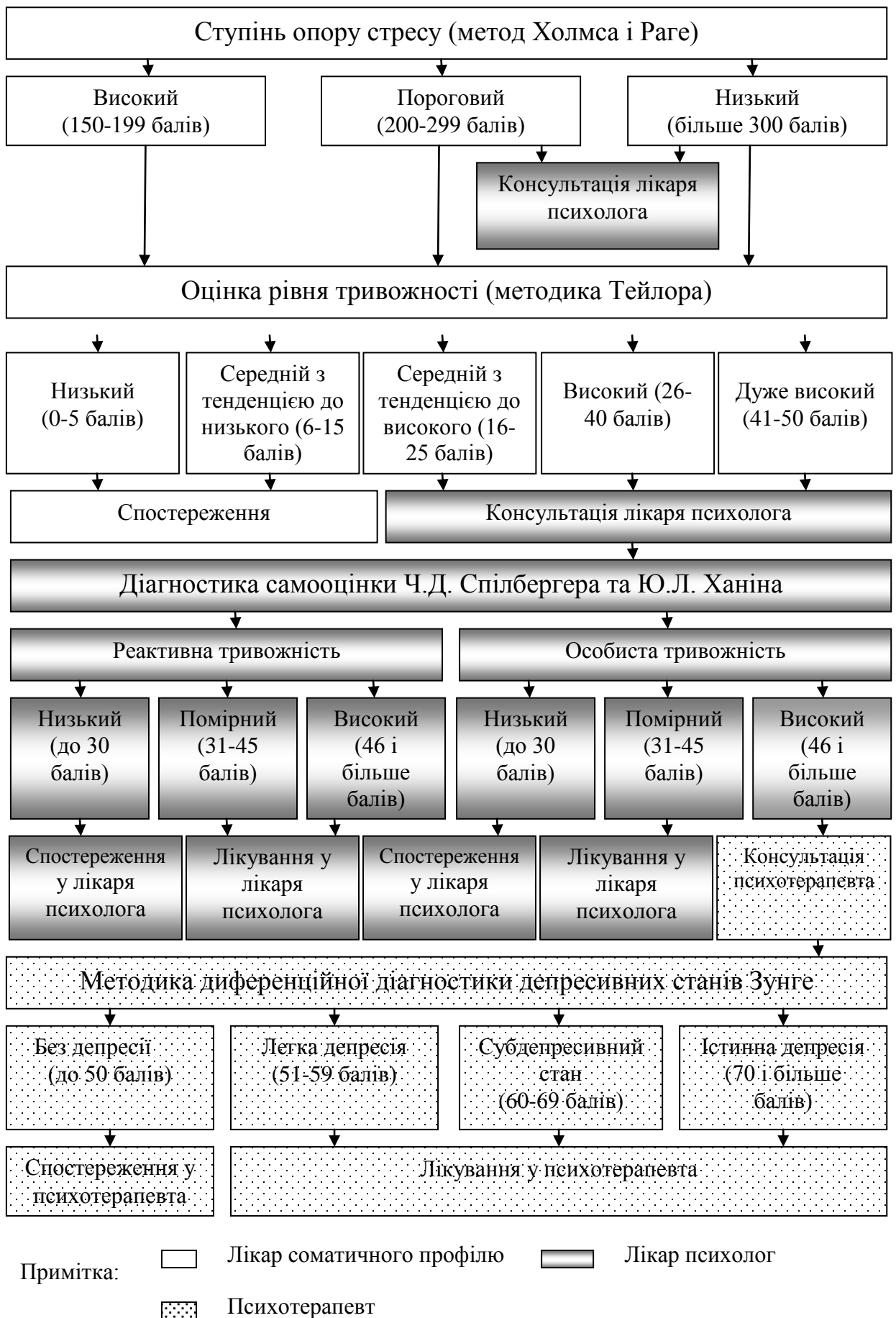


Рис. 11. Алгоритм комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих

- обов'язковості щорічного обстеження психоемоційного стану кардіологічних хворих методом скринінгу та виявлення чинників ризику його порушення.

Оптимальна потреба в психотерапевтах для надання медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами визначена в розмірі 0,5 посади на 10 тис. населення.

Поступове впровадження запропонованої моделі потребує відповідних організаційних заходів:

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

Впровадження запропонованої моделі в Запорізькому обласному клінічному кардіологічному диспансері довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність (рис. 12).

Так, залучення психотерапевта до комплексного лікування кардіологічних хворих позначилось на загальних показниках стану здоров'я пацієнтів при вибуванні із стаціонару: майже всі хворі, які отримали психотерапевтичну допомогу, виписані з покращенням загального стану, зниження частоти гіпертонічних кризів на 47,4 %, зменшення частоти та сили ангінальних приступів на 38,7 %. Зростання соціальної ефективності спостерігається за рахунок підвищення суб'єктивної задоволеності пацієнтів своїм самопочуттям, відновленням бажання працювати у 30 % хворих за кількістю позитивних відповідей при соціологічному опитуванні, зростанням на 38,7 % задоволеністю медичним обслуговуванням. Вказане можна пов'язати з тим, що хворих навчили опановувати своїми емоціями та поставити стан свого здоров'я на перше місце попри всіх загальних складових. Серед хворих на ГХ, які пройшли курс психотерапії, спостерігався достовірно нижчий процент ускладнень і первинного виходу на інвалідність на 2,86 % проти 6,76 % ($p < 0,05$) у хворих, які не відвідували психотерапевта. Встановлено достовірне зменшення кількості відвідувань кардіолога після лікування у психотерапевта з $4,43 \pm 0,9$ раз на рік до $2,39 \pm 0,83$ раз на рік ($p < 0,05$), зменшення кількості відвідувань суміжних спеціалістів терапевтичного профілю з $3,47 \pm 1,05$ раз на рік до $1,51 \pm 0,64$ раз на рік ($p < 0,05$).

Таким чином, разом кількість відвідувань лікарів терапевтичного профілю до психотерапевтичного лікування складала $3,95 \pm 0,87$ раз на рік, що перевищує нормативи (3,14 разів на рік). Залучення психотерапевта до комплексного лікування дозволило знизити кількість відвідувань до $1,95 \pm 1,01$ разів на рік, особливо у працюючих. Пенсіонери на відміну від працюючих частіше відвідували кардіолога, але після психотерапевтичної допомоги кількість відвідувань зменшилась на 39 % при цьому залишившись високою, а у працюючих спостерігалось зменшення відвідувань на 57,3 %. Однотипні зміни відбувалися і щодо кількості відвідувань суміжних спеціалістів у зв'язку з кардіологічними захворюваннями: у пенсіонерів з $3,65 \pm 0,48$ раз до $1,63 \pm 0,49$ раз ($p < 0,05$), але досягти нормативів не вдалося, у працюючих з $3,34 \pm 1,33$ до $1,42 \pm 0,73$ ($p > 0,05$), але разом кількість відвідувань лікарів терапевтичного профілю була в межах нормативних та достовірною.

Дані зміни відбувалися на фоні скорочення ліжко-днів при стаціонарному лікуванні за рік (табл. 3). Так кількість днів госпіталізації всіх кардіологічних хворих скоротилась з $34,63 \pm 4,76$ днів за рік до $16,62 \pm 3,41$ днів ($p < 0,05$) як у пенсіонерів з $37,48 \pm 3,48$ до $23,67 \pm 3,19$ днів ($p < 0,05$), так ще більш достовірно у працюючих з $28,63 \pm 3,76$ до $14,62 \pm 2,41$ ($p < 0,01$).

Таблиця 3

Вплив психотерапевтичного втручання на дні госпіталізації за рік

Група спостереження	Дні госпіталізації за рік		p
	До психотерапії	На фоні психотерапії	
Всі хворі разом	$34,63 \pm 4,76$	$16,62 \pm 3,41$	$< 0,05$
Пенсіонери	$37,48 \pm 3,48$	$23,67 \pm 3,19$	$< 0,05$
Працюючі	$28,63 \pm 3,76$	$14,62 \pm 2,41$	$< 0,01$

Прямі витрати на утримання 1 ліжко-дня кардіологічного хворого в стаціонарі (фармакотерапія та харчування) становлять 11,57 грн. При скороченні терміну перебування у стаціонарі на 14 днів за рік на 1 хворого, економічний ефект прямих витрат складає 161,98 грн. Якщо враховувати, що у Запорізькому обласному кардіологічному диспансері в середньому за період 2005-2007 р.р. проліковано 4867 хворих за рік, то економічний ефект прямих витрат складає 788300,93 грн. при скороченні ліжко-днів, підвищується показник обігу ліжка (середній ліжко-день по диспансеру – 12). Наведене дає право стверджувати про позитивну економічну ефективність. При включенні психотерапевтичної допомоги до комплексного лікування кардіологічних хворих на фоні позитивної медичної та соціальної ефективності спостерігається і економічна ефективність, оскільки скорочення ліжко-днів за рік перебування кардіологічних хворих у медичних закладах майже у 2 рази дає змогу знизити вартість лікування.

Більш детальна та сучасна оцінка економічної ефективності потребувала застосування методу „затрати-корисність”. За допомогою запропонованих таблиць хворі самостійно оцінювали свій стан. Переведення отриманих результатів в цифрові значення дозволяє зробити висновок, що зміна лише

одного показника S (психологічний стан особистості), завдяки втручання психотерапевта призводить до підвищення показника корисності і як результат - підвищення QALY.

Якщо у пенсіонерів рівень показник S до проведення психотерапії становив $0,821 \pm 0,045$, що відповідає характеристиці особистості як “неспокійний або знаходиться в стані депресії завжди чи значну частину часу”, то після її курсу - $0,980 \pm 0,052$ новій, зовсім іншій характеристиці – як щасливий та розкутий завжди чи більшу частку часу. У групі працюючих відбулися достовірніші зміни показника з $0,817 \pm 0,069$ до $0,985 \pm 0,019$. Позитивні зміни в окремих групах дали можливість отримати і достовірні зміни в групі всіх хворих разом з $0,819 \pm 0,057$ до $0,983 \pm 0,038$.

Таким чином, зростання вищезазначеного фактору призвело до підвищення коефіцієнту корисності та збільшення на $0,17\text{QALY}$ (з $0,40\text{QALY}$ до $0,57\text{QALY}$) за період перебування в стаціонарі.

За результатами опитування практикуючих лікарів (52 лікаря кардіолога, 42 лікаря терапевта, з них 23,4 % - керівники, заступники керівників закладів охорони здоров'я області, завідувачі відділеннями) 97 % лікарів-експертів позитивно оцінили запропоновану модель та звернули увагу на необхідність підвищення ролі медичної психології, психотерапії і психопрофілактики в соматичній медицині і важливість медико-психологічної реабілітації хворих на ХСК. На їх думку, психотерапевтичної допомоги потребує кожен 10 хворий, а інколи і частіше.

ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням встановлена недосконалість існуючої системи надання медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами, що обумовило необхідність обґрунтування концептуальних напрямків оптимізації існуючої системи, впровадження якої довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Встановлено, що поширеність порушень психоемоційного стану серед кардіологічних хворих становить 85 % (на 100 опитаних) на фоні зростання рівня загальної захворюваності хворобами системи кровообігу за період 1995-2006 р.р. по Запорізькій області на 214,4 % проти 169,9 % по Україні та первинної на 163,7 % та 160 %, відповідно, а також зростання показника первинної інвалідності серед працездатного населення на 17,2 %, що свідчить про наявні проблеми в системі організації медичної допомоги кардіологічним хворим із стресами.

2. Показано, що провідними чинниками впливу на психоемоційний стан кардіологічних хворих є емоційні напруга та навантаження на роботі (група кардіологічних хворих зі змінами психоемоційного стану – $97 \pm 3,8$ % проти $63 \pm 6,4$ % в групі кардіологічних хворих без змін психоемоційного стану, $p < 0,01$), відсутність перспективи у власному житті та житті дітей ($77 \pm 4,2$ % і $40 \pm 4,0$ %, $p < 0,01$, відповідно), події в країні, які створюють ситуацію тривоги у

індивідуума ($74 \pm 4,9$ % та $56 \pm 4,9$ %, $p < 0,05$, відповідно), сімейні конфлікти ($87 \pm 3,4$ % і $16 \pm 2,1$ %, $p < 0,001$, відповідно).

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

4. Встановлено, що наявність кардіологічної патології понад 10 років призводить до її психосоматизації, що підтверджується прямими кореляційними зв'язками з рівнем соціальної фрустрованості ($r = +0,72$, $p < 0,05$) та особистої тривожності ($r = +0,64$, $p < 0,01$), на зміни яких впливають психосоціальні чинники, збільшуючи рівень стресового навантаження, свідченням чого є наявність позитивних кореляційних зв'язків між ступенем опору стресу та низькими матеріально-побутовими умовами ($r = +0,64$, $p < 0,05$), періодичними конфліктами в сім'ї ($r = +0,73$, $p < 0,05$), тривалістю захворювання ($r = +0,53$, $p < 0,05$), який посилюється при наявності ускладнень ($r = +0,71$, $p < 0,05$), та емоційною напругою ($r = +0,86$, $p < 0,05$).

5. Доведено, що існуюча система надання медичної допомоги кардіологічним хворим є недосконалою, особливо в частині їх забезпечення психотерапевтичною допомогою запобіганню впливу стресів як результат недостатньої обізнаності лікарів загальносоматичного профілю з питань психічного здоров'я, недосконалої інтеграції психотерапевтичної допомоги в загальносоматичну мережу медичних закладів, нескоординованості нормативної бази діяльності лікувально-профілактичних закладів і розподілу функцій між лікарями різними за фахом, недостатньої укомплектованості психотерапевтами (на 70,3 % - по Україні з 308,5 штатних посад, 50,9 % з 13,75 - по Запорізькій області, 2007 р.) та лікарями психологами (21,3 % з 37,5 - по Україні, у Запорізькій області з 2 посад зайнято 0,5 не за фахом).

6. Результати експертних оцінок дозволили встановити, що найважливішими медико-організаційними факторами негативного впливу на рівень здоров'я та отримання якісної медичної допомоги кардіологічними хворими із стресовими станами є несвоєчасність (9,75 балів), недостатність часу (за нормами навантаження на 1 лікарську посаду) (9,74 балів), відсутність бесіди про дотримання здорового способу життя (9,69 балів), недостатня кваліфікація медичного персоналу (9,62 балів), неможливість залучення при необхідності суміжного спеціаліста (9,4 балів), несвоєчасне звернення хворого після психоемоційного напруження, стресу (9,38 балів), потреба в фахівцях психотерапевтичної служби (9,22 балів), невиконання лікарями медичних стандартів та протоколів надання медичної допомоги (8,64 балів), недостатня матеріально-технічна база лікувально-профілактичних закладів (8,04 балів).

7. Результати визначення впливу макро- та мікросоціальних чинників на виникнення та ускладнення перебігу серцево-судинних захворювань, обумовлених наявністю стресу, дозволило обґрунтувати концептуальні

напрямки та розробити модель оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами з включенням до неї як існуючих і частково змінених елементів системи охорони здоров'я, так і якісно нових: алгоритм комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих, орієнтований на лікарів первинної медико-санітарної допомоги та кардіологів, схема організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим, інтеграція яких надала системі нових властивостей.

8. Особливістю запропонованої моделі стало включення оцінки психоемоційного стану до комплексного спостереження за здоров'ям кардіологічних хворих в лікувально-профілактичних закладах всіх рівнів, а також тісна співпраця лікарів загальносоматичного профілю (лікарі загальної практики, кардіологи, невропатологи, інтерністи та ін.) з психотерапевтичною службою, що забезпечує належну медичну допомогу кардіологічним хворим: комплексне обстеження, лікування та реабілітаційні заходи.

9. Впровадження в практику окремих елементів запропонованої моделі оптимізованої системи організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами значно підвищило медичну ефективність за рахунок загальних показників стану здоров'я хворого при вибуванні із стаціонару: майже всі хворі, які отримали психотерапевтичну допомогу, були виписані з покращенням загального стану, зниження частоти гіпертонічних кризів на 47,4 %, зменшення частоти та сили ангінальних приступів на 38,7 %, зниження тривалості лікування у стаціонарі в 2,1 рази за рік, відвідування лікарів терапевтичного профілю у поліклініці в реабілітаційному періоді на протязі року знизилися в 2,3 та у працюючих досягли нормативу, зростання коефіцієнта корисності приводить до зростання показника років якісного життя на 0,17QALY.

10. Запропонована модель оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами, доцільність якої визнали 96 % лікарів-експертів в тому числі з них 23,4 % - керівники закладів охорони здоров'я, не потребує додаткових затрат і може бути рекомендована для впровадження в діяльність медичних закладів всіх рівнів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Кабінету міністрів України:

- внести доповнення і поправки до Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації” на 2002-2011 роки:

- у розділі VIII. „Зниження захворюваності та поширеності хвороб” пункт „розробити скринінгову програму для раннього виявлення найбільш поширених форм хронічних неінфекційних хвороб” викласти у редакції „розробити скринінгову програму для раннього виявлення найбільш поширених форм хронічних неінфекційних хвороб та порушень психоемоційного стану”;

- у розділі XIX. „Формування здорового способу життя” пунктом 17 передбачена розробка цільової комплексної програми зміцнення здоров'я „Поліпшення стану психічного здоров'я” терміном до 2005 р., враховуючи що на теперішній час вона не впроваджена, то доцільно розробити Державну цільову комплексну Програму з охорони психічного здоров'я населення України на підставі програми психічного здоров'я ВООЗ.

2. Міністерству охорони здоров'я України:

- запровадити у практику охорони здоров'я науково обґрунтовану модель системи комплексних медико-організаційних заходів профілактики та лікування кардіологічних хворих, зміст якої викладений у спеціальних методичних рекомендаціях;

- продовжити роботу щодо розробки алгоритмів, стандартів і протоколів медичної допомоги за спеціальністю “Кардіологія”, доповнити їх обов'язковим обстеженням кардіологічних хворих незалежно від нозології у психотерапевта 1 раз на рік, з чітким узгодженням функцій та меж компетенції лікарів загальносоматичного та психотерапевтичного профілів;

- внести зміни до наказу МОЗ України № 206 від 30.12.1992 р. “Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості кардіологічної допомоги населенню України” (із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ України № 266 від 16.08.96 р. та № 247 від 10.08.98 р.) про обов'язкове залучення психотерапевтичної мережі до лікувально-профілактичних заходів для надання медичної допомоги кардіологічним хворим (на сьогодні включено обов'язкове обстеження лише хворих на гіпертонічну хворобу II стадії у психотерапевта 1 раз на рік).

3. Міністерству охорони здоров'я АР Крим, управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головним лікарям центральних міських та центральних районних лікарень:

- вишукати можливості для запровадження схеми організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами;

- організувати в кардіологічних диспансерах, в міських та районних лікарнях психотерапевтичний кабінет з медико-психологічною службою зі штатом лікаря-психотерапевта, медичного психолога, медичної сестри. Основні напрямки роботи кабінету полягатимуть в консультативно – діагностичному, психотерапевтичному відборі хворих для лікування.

4. Вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

- доповнити навчальні програми студентів з курсу “Соціальна медицина та організація охорони здоров'я”, “Внутрішні хвороби”, „Неврологія”, „Сімейна медицина” питаннями медико-соціальних особливостей формування порушень психоемоційного стану при серцево-судинних захворюваннях та їх профілактики і лікування;

- організувати для лікарів первинної медико-санітарної допомоги, кардіологів, невропатологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників навчання на циклах тематичного вдосконалення з питань охорони

психічного здоров'я та медико-організаційних заходів профілактики та лікування кардіологічних хворих із стресовими станами.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

У наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України:

1. Клименко В.І. Емоційні стреси як чинник ризику хвороб системи кровообігу / В.І. Клименко // Медичні перспективи. – 2005. – Т.Х, № 4. – С. 87-90.
2. Клименко В.І. Вплив соціальних факторів на розвиток артеріальної гіпертензії коморбідно пов'язаної зі стресом / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2007. - № 2. – С. 56-60.
3. Клименко В.І. Вплив психоемоційного стану на розвиток серцево-судинних захворювань / В.І. Клименко // Актуальні питання медичної науки та практики. Збірник наукових праць. Випуск 71. Т.1. – 2007. - Запоріжжя. – С. 64-71.
4. Клименко В.І. Методи оцінки психоемоційного стану кардіологічних хворих, пов'язаного зі стресом / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2007. - № 3. – С. 43-45.
5. Клименко В.І. Соціально-психологічні чинники ризику розвитку ішемічної хвороби серця / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2007. - № 4. – С. 28-31.
6. Клименко В.І. Окисна модифікація білків плазми крові як один із показників стрес-реакції у кардіологічних хворих / В.І. Клименко // Патологія. – 2007. – Т.4, № 2. – С. 81-84.
7. Клименко В.І. Психосоматична природа хвороб системи кровообігу як підґрунтя для зміни показників стану здоров'я населення в Україні / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2007. - № 5. – С. 76-80.
8. Клименко В.І. Науково-методичні підходи до комплексного спостереження кардіологічних хворих із стресовими станами / В.І. Клименко // Галицький лікарській вісник. – 2007. - № 4. – С. 50-52.
9. Клименко В.І. Аналіз стану здоров'я України за 1985-2005 роки. Місце хвороб системи кровообігу / В.І. Клименко // Архів клінічної медицини. – 2007. - № 2. – С. 4-6.
10. Клименко В.І. Місце медичної психології в комплексній терапії кардіологічних хворих // Актуальні питання медичної науки та практики. Збірник наукових праць. Випуск 71. Т.2. – 2007. - Запоріжжя. – С. 155-161.
11. Клименко В.І. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна державна проблема / В.І. Клименко // Вісник соціальної медицини і охорони здоров'я України. – 2007. - № 4. – С. 17-21.
12. Клименко В.І. Психоемоційний стан та нейроендокринна адаптація у кардіологічних хворих із стресовими станами / В.І. Клименко // Патологія. – 2007. – Т.4, № 3. – С. 60-63.

13.Клименко В.І. Зміни стану психічного здоров'я як чинник ризику хвороб системи кровообігу / В.І. Клименко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2008. - № 1. – С. 136-139.

14.Клименко В.І. Проблеми психічного здоров'я кардіологічних хворих / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2007. - № 6. – С. 65-67.

15.Клименко В.І. Організація комплексного спостереження за психоемоційним станом кардіологічних хворих / В.І. Клименко // Вісник соціальної медицини і охорони здоров'я України. – 2008. - № 1. – С. 37-41.

16.Клименко В.І. Інтеграція психотерапевтичної служби в систему медичної допомоги кардіологічним хворим / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2008. - № 1. – С. 35-38.

17.Клименко В.І. Модель оптимізованої медичної допомоги кардіологічним хворим / В.І. Клименко // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1. – С. 59-63.

18.Клименко В.І. Організаційні заходи щодо профілактики хвороб системи кровообігу, коморбідно пов'язаних зі стресами / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2008. - № 2. – С. 9-13.

19.Клименко В.І. Вплив чинників середовища на психоемоційний стан кардіологічних хворих з позицій організації охорони здоров'я / В.І. Клименко // Актуальні питання медичної науки та практики. Збірник наукових праць. Випуск 73. Т.1. – 2008. - Запоріжжя. – С. 55-64.

20.Клименко В.І. Медико-організаційні фактори, які впливають на стан здоров'я кардіологічних хворих із стресами / В.І. Клименко // Запорожский медицинский журнал. – 2008. - № 3. – С. 50-53.

21.Клименко В.І. Організація психотерапевтичної допомоги кардіологічним хворим / В.І. Клименко // Галицький лікарській вісник. – 2008. - № 2. – С. 103-106.

22.Клименко В.І. Ефективність психотерапії в системи медичної допомоги кардіологічним хворим / В.І. Клименко // Архів клінічної медицини. – 2008. - № 1. – С. 79-82.

23.Клименко В.І. Медико-організаційні аспекти лікувально-профілактичних заходів кардіологічним хворим із стресовими станами / В.І. Клименко // Вісник соціальної медицини і охорони здоров'я України. – 2008. - № 2. – С. 49-55.

24.Клименко В.І. Збереження психічного здоров'я нації – основа профілактики хвороб системи кровообігу / В.І. Клименко // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – Т.5, № 1. – С. 19-22.

В інших виданнях:

Клименко В.І. Вплив хвороб системи кровообігу на потенціал життя населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2007. - № 3. – С. 48-51.

Методичні рекомендації:

1. Оцінка психоемоційного стану кардіологічних хворих: Методичні рекомендації / В.М. Корнацький, В.І. Клименко. – К., 2007. – 19 с.

2. Організація комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами: Методичні рекомендації / В.М. Корнацький, В.І. Клименко. – К., 2007. – 21 с.

3. Медико-організаційні заходи профілактики та лікування кардіологічних хворих із стресовими станами: Методичні рекомендації / В.І. Клименко. – К., 2008. – 20 с.

Аналітично-статистичний посібник:

Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги. (Аналітично-статистичний посібник) – К., 2007. – 97 с. Дисертант входить до складу робочої групи по підготовці посібника.

АНОТАЦІЯ

Клименко В.І. Обґрунтування системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ, 2009.

Дисертація присвячена вивченню впливу стресових станів особистості на виникнення та ускладнення перебігу серцево-судинних захворювань, обґрунтуванню та розробці концептуальних напрямків оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами.

Визначена значна поширеність порушення психоемоційного стану у кардіологічних хворих вже при гіпертонічній хворобі I ст. на фоні поступового зростання поширеності основних нозологій хвороб системи кровообігу, особливо серед працездатного населення. Більш глибокі порушення психоемоційного стану виявлені при наявності ускладненого перебігу серцево-судинних захворювань, до яких призводять комплексна дія психосоціальних чинників. Вивчено стан медичної допомоги кардіологічним хворим та доведено її недосконалість щодо психотерапевтичної допомоги даній категорії хворих.

Запропоновані концептуальні напрямки оптимізованої системи медичної допомоги кардіологічним хворим із стресовими станами, якісно новими елементами якої стали алгоритм комплексного спостереження психоемоційного стану кардіологічних хворих з розподілом функціональних взаємозв'язків між лікарями соматичного та психотерапевтичного профілів та схема організації комплексної медичної допомоги кардіологічним хворим орієнтована на лікарів соматичного профілю, особливо первинної ланки.

Впровадження окремих елементів в діяльність медичних закладів довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

Ключові слова: хвороби системи кровообігу, система медичної допомоги, психотерапевтична служба.

АННОТАЦІЯ

Клименко В.И. Обоснование системы медицинской помощи кардиологическим больным в стрессовом состоянии. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного обучения имени П.Л. Шупика, Киев, 2009.

Диссертация посвящена изучению влияния стрессов на возникновение и осложнение течения сердечно-сосудистых заболеваний, обоснованию и разработке концептуальных направлений для оптимизации системы медицинской помощи кардиологическим больным.

Установлено, что социально-психологические факторы вызывают нарушение психоэмоционального состояния личности и являются значимыми стрессорами, приводящими к возникновению и осложнению течения сердечно-сосудистых заболеваний. Доказано, что негативное влияние микросоциальных факторов более значимое для нарушения психоэмоционального состояния, а макросоциальные факторы часто трансформируются в микросоциальные, их сочетание является ведущим для возникновения кардиологического заболевания или осложнения его течения. Ведущими среди макросоциальных факторов выявлены отсутствие перспективы в жизни, общественно-политические события, которые вызывают тревогу за будущее, внешняя информация, полученная из средств массовой информации. Среди микросоциальных факторов наиболее влиятельными являются материально-бытовые условия, взаимоотношения в семье и на работе, стаж работы и ее условия, образование.

За данными скрининга у $84,65 \pm 1,39$ % на 100 опрошенных кардиологических больных возникает нарушение психоэмоционального состояния в результате комплексного воздействия макро- и микросоциальных факторов. Эти изменения выявляются уже на ранних стадиях гипертонической болезни и усугубляются при ее прогрессировании. Аналогичные изменения наблюдались и при ишемической болезни сердца. Более глубокие нарушения психоэмоционального состояния при скрининге выявлены при осложненном течении кардиологической патологии (гипертоническая болезнь III стадии, послеинфарктный кардиосклероз). Это подтверждается при углубленном исследовании синдрома психоэмоционального напряжения: данные психометрического тестирования, наивысший показатель инсулин-кортизолового индекса, истощение депо

норадреналина, ослабление защитных функций организма на клеточном уровне (за данными окислительной модификации белков плазмы крови).

Доказано, что существующая система медицинской помощи кардиологическим больным при стрессах несовершенна, особенно в части психотерапевтической помощи. Основными организационными недостатками являются: отсутствия врачей-психологов и неудовлетворительного обеспечения психотерапевтами (обеспеченность психотерапевтами по Украине – 82,8 %, по Запорожской области – 80 %, укомплектованность ними – 70,3 % и 50,9 %, соответственно); отсутствие психотерапевтической помощи в лечебно-профилактических учреждениях общесоматического профиля; несогласованность нормативно-правовой базы последних и по оказанию медико-профилактической помощи кардиологическим больным; недостаточный уровень знаний по вопросам психического здоровья.

Все выше изложенное стало основанием для научного обоснования концептуального направления системы медицинской помощи кардиологическим больным при стрессах. Результатом исследования стала научно обоснованная модель оптимизированной медицинской помощи кардиологическим больным при стрессах, качественно новыми элементами которой стали: схема организации комплексной медицинской помощи кардиологическим больным и алгоритм комплексного наблюдения за психоэмоциональным состоянием кардиологических больных. Преимущества предложенной модели состоят в системном и комплексном подходе при организации медико-профилактических мероприятий кардиологическим больным при стрессах; усовершенствовании методики комплексного наблюдения за состоянием их здоровья; определения роли психотерапевта при оказании медицинской помощи кардиологическим больным; широкой интеграции психотерапевтической службы в лечебно-профилактические учреждения всех уровней для оказания медицинской помощи данной категории пациентов; разделении функциональных взаимосвязей между врачами терапевтического и психотерапевтического профилей; обязательное ежегодное обследование психоэмоциональное состояние у кардиологических больных методом скрининга и выявление факторов риска его нарушения. Внедрение качественно новых элементов модели оптимизированной медицинской помощи кардиологическим больным при стрессах доказало ее медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, система медицинской помощи, психотерапевтическая служба.

SUMMARY

Klimenko V.I. Substantiation of the system of medical care for cardiological patients with stress states. – Manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a speciality 14.02.03 – social medicine. – National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupik, Kyiv, 2009.

The dissertation is devoted to the influence of stress states on the development and courses of cardiovascular diseases, proving and working out the new conceptual model of the health care system for cardiologic patients with stress.

It was determined the disturbances of psychoemotional state of cardiologic patients with the first stage of essential hypertension were spread accordingly with increasing incidences of the most common cardiovascular diseases especially among willing labor force. During complications of cardiovascular diseases there were revealed the worse disturbances of psychoemotional state due to the complex of psychosocial factors.

It was proposed the conceptual model of the health care system for cardiologic patients with stress states that included the new algorithm of comprehensive monitoring of psychoemotional state of patients with cardiovascular diseases fixed functional charges of somatic physicians and psychotherapists. The scheme of management of complex medical care for patients with cardiovascular diseases was proposed for somatic physicians especially of the primary level. It was proved the medical, social, and economical efficiency of this model by applying to medical institutions.

Key words: cardiovascular diseases, health care system, psychotherapy.

Умовні скорочення

АФГ – альдегідфенілфенінгідрозон
ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я
ГХ – гіпертонічна хвороба
ІХС – ішемічна хвороба серця
ОМБПК – окисна модифікація білків плазми крові
ХСК - хвороби системи кровообігу

Замовлення 5304. Формат 60×84/16. Папір офсетний.
Підписано до друку 01.12.08. Друк різнографічний. Ум. друк. арк. 1,9.
Тираж 120 прим. Друкарня ТОВ „Карат”,
м. Запоріжжя, вул. Гастело, 46.
