

УДК: 616.89-008.48:616-05 : 616.17-008.1:616.831-005.] – 08+615.851+616-084

## ВПЛИВ ПОВЕДІНКОВИХ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТРЕС-ПОТЕНЦІЮЮЧИХ ЧИННИКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ



Т. П. Яворська

© **Тетяна Петрівна Яворська** (Україна) – к.м.н., лікар Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; пр. Незалежності, 13, м. Харків, 61058; асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України; вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7654-5195.

© **Tatyana Yavorska** (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, doctor of Kharkiv Regional Clinical Hospital, Emergency Medical Assistance and Disaster Medicine Center; 13 Nezalezhnosti avenue, Kharkiv, 61058; assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine; 58 Amosov Street, Kharkiv, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7654-5195.

© **Татьяна Петровна Яворская** (Украина) – к.м.н., врач Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, г. Харьков, пр. Независимости, 13, 61058; ассистент кафедры ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины; ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7654-5195.

№ 9, 2018, стор. 124–129

### INFLUENCE OF BEHAVIORAL AND PSYCHO-EMOTIONAL STRESS-POTENTIAL FACTORS DEPENDING ON THE LEVEL OF STRESS IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY.

#### Abstract.

To assess the impact of behavioral and psychoemotional stress-potentiating factors depending on the level of vulnerability to stress in patients with cerebrovascular pathology in the dynamics of its development, 383 patients with cerebrovascular pathology of various degrees of manifestation. These degrees were examined to determine the target of medical and psychological assistance (main group): from a high risk of developing the disease due to the presence of cardiovascular risk factors to a vascular catastrophe in history. The study included 122 patients, who were characterized by the presence of cardiovascular diseases with a high risk of developing cerebrovascular disease (group 1); 134 patients with clinical manifestations of cerebrovascular disease in the form of a transient ischemic attack in history (group 2) and 127 patients who had ischemic cerebral stroke (group 3). The inclusion criteria for the study participants were: a high risk or a clinically expanded picture of cerebrovascular disease, which developed against the background of cardiovascular diseases in the form of hypertension and ischemic heart disease, verified by a clinical laboratory method; lack of psychiatric and substance abuse history, disorders of consciousness and psychotic states at the time of inspection. The exclusion criteria were: a history of mental and behavioral disorders, severe concomitant somatic pathology (state of decompensation), severe somatic diseases (except cardiovascular and cerebrovascular disease), which may affect the mental state of patients. As a result, the work revealed a higher level of stress load in patients with cardiovascular risk and cerebrovascular disease compared to conditionally healthy examined patients, which indicates a prognostically greater stress vulnerability of this category of patients and draws attention to the importance of the role of stress in the development of the disease. In the genesis of (psycho) somatic disorders, behavioral and psycho-emotional factors were important, with the latter predominating in the development of pathology. The great importance of stress for cerebrovascular disease indicates the need for medical and psychological assistance in the treatment of such patients.

**Key words:** cerebrovascular pathology, stress risk, stress-potentiating factors.

### ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СТРЕСС-ПОТЕНЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СТРЕСОВОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

#### Аннотация.

С целью оценки особенностей влияния поведенческих и психоэмоциональных стресс-потенцирующих факторов в зависимости от уровня уязвимости к стрессу у больных с цереброваскулярной патологией в динамике ее развития для определения мишени медико-психологической помощи данному контингенту было обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией различной степени проявления (основная группа): от высокого риска развития заболевания вследствие наличия факторов сердечно-сосудистого риска до сосудистой патологии в анамнезе. В исследование были включены 122 пациента, что характеризовались наличием сердечно-сосудистых заболеваний с высоким риском развития цереброваскулярной патологии (группа 1); 134 пациента с клиническими проявлениями цереброваскулярной патологии в виде переходящих ишемических атак в анамнезе (группа 2) и 127 пациентов, перенесших ишемический мозговой инсульт (группа 3). Критериями включения для участников исследования были: высокий риск или клинически развернутая картина цереброваскулярной патологии, что развились на фоне сердечно-сосудистых заболеваний в виде гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, верифицированные клинико-лабораторным методом; отсутствие психиатрического и наркологического анамнеза, наруше-

ний свідчення і психотических состояний на момент осмотра. Критеріями исключения выступали: наличие в анамнезе психических и поведенческих расстройств, тяжелой сопутствующей соматической патологии (состояния декомпенсации), выраженных соматических заболеваний (кроме сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии), течение которых может повлиять на психическое состояние пациентов. В результате работы выявлен более высокий уровень стрессовой нагрузки у пациентов с сердечно-сосудистым риском и цереброваскулярной патологией по сравнению с условно здоровыми обследованными, что свидетельствует о прогностически большей стрессовой уязвимости этой категории пациентов и обращает внимание на важность роли стресса в развитии болезни. В генезисе (психо) соматических нарушений были важны поведенческие и психоэмоциональные факторы с преобладанием последних в развитии патологии. Большое значение стресса для цереброваскулярной патологии указывает на необходимость медикопсихологической помощи в лечении таких больных.

**Ключевые слова:** цереброваскулярная патология, стрессовый риск, стресс-потенцирующие факторы.

### ВПЛИВ ПОВЕДІНКОВИХ І ПСИХО-ЕМОЦІЙНИХ СТРЕС-ПОТЕНЦІЮЧИХ ФАКТОРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.

#### Анотація.

З метою оцінки особливостей впливу поведінкових і психоемоційних стрес-потенціуючих факторів в залежності від рівня вразливості до стресу у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку для визначення мішені медико-психологічної допомоги даному контингенту було обстежено 383 пацієнта з цереброваскулярною патологією різного ступеня прояву (основна група): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику до судинної патології в анамнезі. У дослідження були включені 122 пацієнта, що характеризувалися наявністю серцево-судинних захворювань з високим ризиком розвитку цереброваскулярної патології (група 1); 134 пацієнта з клінічними проявами цереброваскулярної патології у вигляді минулих ішемічних атак в анамнезі (група 2) і 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (група 3). Критеріями включення для учасників дослідження були: високий ризик або клінічно розгорнута картина цереброваскулярної патології, що розвинулися на тлі серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості і психотических станів на момент огляду. Критеріями виключення выступали: наявність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, важкої супутньої соматичної патології (стану декомпенсації), виражених соматичних захворювань (крім серцево-судинної та цереброваскулярної патології), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів. В результаті роботи виявлено більш високий рівень стрессового навантаження у пацієнтів з кардіоваскулярним ризиком і цереброваскулярною патологією в порівнянні з умовно здоровими обстеженими, що свідчить про прогностично більшу стресову уразливість цієї категорії пацієнтів і звертає увагу на важливість ролі стресу в розвитку хвороби. У генезі (психо) соматичних порушень важливу роль відігравали поведінкові і психоемоційні фактори з переважанням останніх у розвитку патології. Велике значення стресу для цереброваскулярної патології вказує на необхідність медикопсихологічної допомоги в лікуванні таких хворих.

**Ключові слова:** цереброваскулярна патология, стрессовый риск, стресс-потенцирующие факторы.

#### Вступ

На сучасному етапі розвитку цивілізації психосоціальний стрес стає одним з провідних чинників розвитку як психічних, так і соматичних розладів, серед яких перше місце займають серцево-судинна та цереброваскулярна патологія (ЦВП) [1–3]. Розуміння катастрофічного впливу стресових факторів на життя людини примусило ВООЗ визначити дану проблему у ХХІ столітті як головну, що призводить до втрати працездатного населення у світі. Практичним рішенням цього є рекомендація ВООЗ урядам країн розробляти й впроваджувати заходи з подолання зниження якості життя людей внаслідок дії негативних психоемоційних чинників [3].

Соціальні зміни, пов'язані з процесами трансформації в суспільному розвитку, призвели до постійного збільшення стрессогенних факторів та росту нервово-психічних навантажень на населення. В результаті зазначених процесів в економічно розвинутих країнах все більшого значення набуває епідемія неінфекційних захворювань, в тому числі ЦВП, яка

складає майже третину в структурі поширеності серед усіх хвороб. Все ширшого розповсюдження набувають порушення здоров'я, пов'язані з наявністю хронічного психосоціального (психоемоційного) стресу [4–8].

Психоемоційний стрес та психосоціальні чинники ризику являють вагому небезпеку в розвитку ЦВП [9]. Саме вони сприяють виникненню у людини стану психоемоційної напруги, який виникає в ситуації незадоволення базових потреб, фрустрації та є негативними емоційними переживаннями таких модальностей, як невдоволеність, роздратованість, пригніченість, тривога, страх, дискомфорт та ін. Неприятливі емоційні стани через зміни нейрогуморальної регуляції впливають на фізіологічні процеси в організмі людини й можуть сприяти розвитку багатьох хронічних захворювань, зокрема, ЦВП. На виникнення стану психоемоційної напруги можуть впливати умови життя людини, соціально-демографічні показники, особистісні особливості, рівень та успішність сімейного функціонування, комуні-

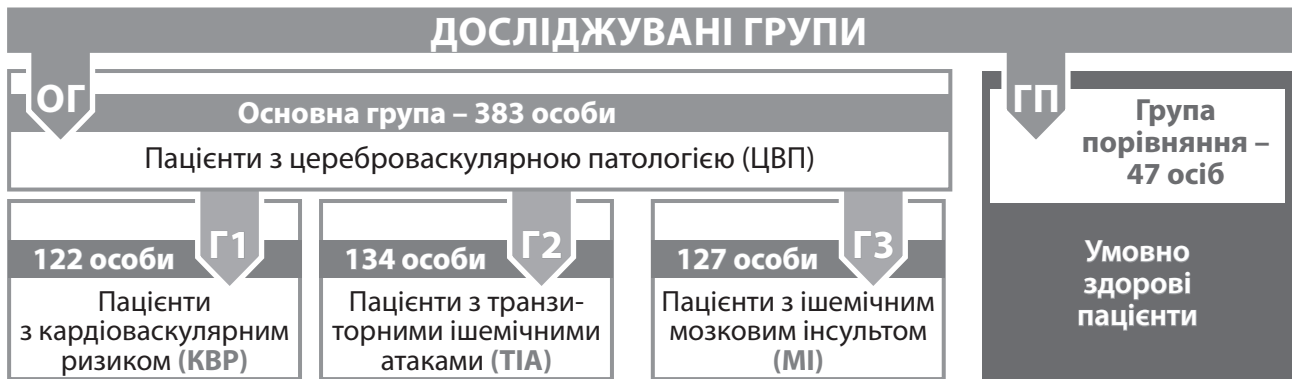


Рис. 1. Розподіл обстежених на групи дослідження

каційні та професійні проблеми, способи проведення, звички та ін. [10–12].

Досвід розвинутих країн свідчить, що найбільш ефективним у запобіганні виникнення та розвитку неінфекційних хвороб й, насамперед, ЦВП, є профілактичний підхід, спрямований на недопущення розвитку патологічного стану та раннє виявлення чинників ризику, серед яких психоемоційний стрес та health life-style фактори (паління, малорухливий спосіб життя, застосування ряду медикаментів) займають значне місце [13; 14].

Гіпотезою даного етапу роботи стало твердження, що наявні особливості вираженості та спектру стрес-потенціюючих чинників у пацієнтів з різним ступенем сприйнятливості до стресу, розкривають закономірності та специфіку психогенезу дезадаптивних станів у пацієнтів з ЦВП протягом перебігу, лікування та відновлення після хвороби та повинні розглядатися як мішені системи заходів медико-психологічної корекції й підтримки в контексті холістичного здоров'яцентрованого підходу.

#### Мета дослідження

Оцінка особливості впливу поведінкових та психоемоційних стрес-потенціюючих чинників

залежно від рівня вразливості до стресу у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку, як мішені медико-психологічної допомоги даному контингенту.

#### Матеріали і методи дослідження

На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016–2018 р. було обстежено 383 пацієнти з ЦВП різного ступеня прояву (**основна група – ОГ**): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) (з його клініко-лабораторною верифікацією з визначенням ліпідного профілю) – до судинної катастрофи в анамнезі. В дослідженні були включені:

- 122 пацієнта, які мали серцево-судинні захворювання з високим ризиком розвитку ЦВП – **група 1 (Г1)**;
- 134 пацієнта з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) в анамнезі – **група 2 (Г2)**;
- 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ) – **група 3 (Г3) (рис. 1)**.

Критеріями включення для учасників дослі-

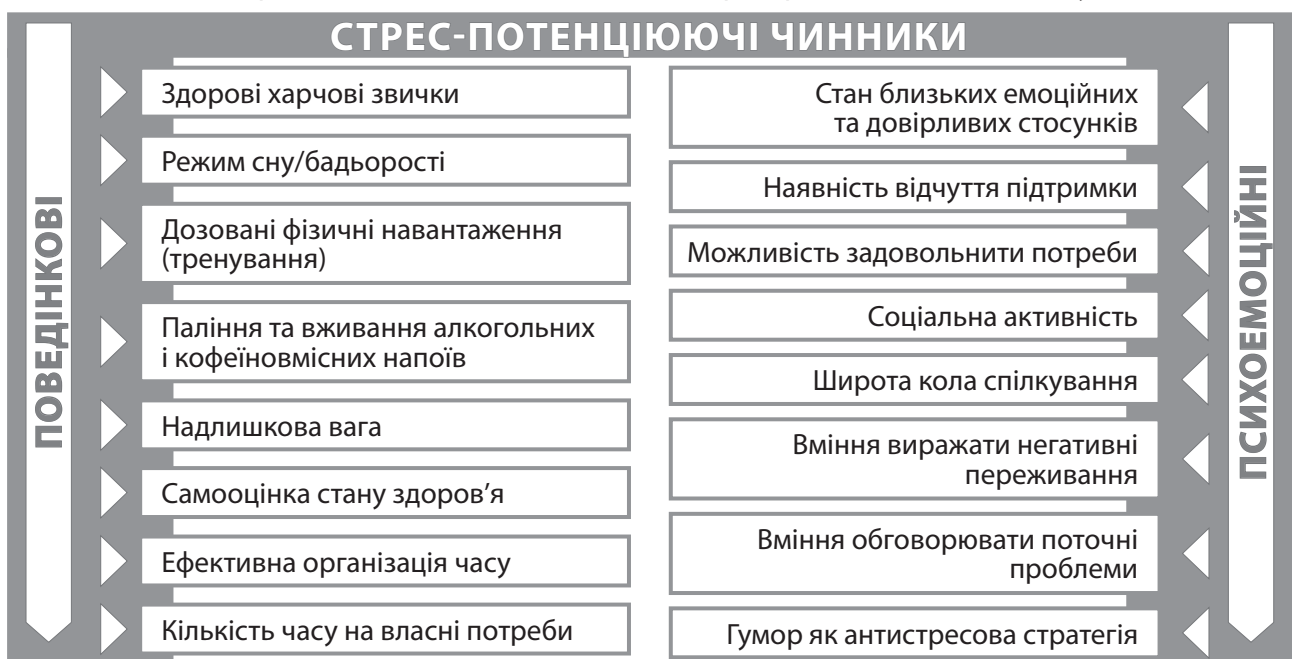


Рис. 2. Поведінкові та психоемоційні стрес-потенціюючі чинники

Таблиця 1

## Структура стресового ризику у опитуваних різних груп

Рівень стресового ризику	Г1 (n=122)		Г2 (n=134)		Г3 (n=127)		ГП (n=47)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Низький	–	–	–	–	–	–	–	–
Помірний	34	27,90	25	18,70	16	12,60	18	38,30
Високий	63	51,60	77	57,50	66	52,00	23	48,90
Вкрай високий	25	20,50	32	23,90	45	35,40	6	12,80

дження були такі: високий ризик чи клінічно розгорнута картина ЦВП, які розвинулися на фоні серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості та психотичних станів на момент огляду.

Критеріями виключення виступали наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів, тяжкої супутньої соматичної патології (стани декомпенсації), виражених соматичних захворювань (окрім серцево-судинної та ЦВП), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів.

Поділ пацієнтів саме на такі групи, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних, психосоціальних факторів на розвиток та перебіг ЦВП на різних (з точки зору медичної практики та медико-психологічної парадигми) етапах хвороби.

Серед пацієнтів Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від 1 до 3 років; у хворих з ТІА (Г2) клінічна симптоматика спостерігалася від 6 місяців до 2 років; пацієнти з МІ (Г3) знаходилися у періоді після судинної катастрофи у терміні від 3 до 18 місяців. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,50%, жінки склали 41,50%. Пацієнти з гіпертонічною хворобою склали 59,80%, а з ішемічною хворобою серця – 40,20%.

Також було обстежено 47 умовно здорових осіб з відсутністю ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням, які склали групу порівняння (ГП).

Для вивчення факторів потенційного стресового навантаження, які прогностично вказують на вищий ризик прояву дистресу у соматичній та психічній сфері, застосовано Бостонський тест на стресостійкість (тест «Аналізу стилю життя») (за Р. В. Купріяновим, Ю. М. Кузьміною, 2012) з модифікацією оціночних шкал [15]. Поряд з традиційною шкалою оцінки рівня стрес-асоційованого навантаження було змістовно виділено 2 субшкали відповідно до психогенезу ризику стресової вразливості, що описували поведінкову та психоемоційну складові (рис. 2).

Поведінкова стрес-потенціююча складова характеризувала ряд звичок, пов'язаних зі здоровим способом життя, тоді як психоемоційна – описувала персональні, міжособистісні та психосоціальні компоненти стресового ризику.

За Бостонським тестом «Аналізу стилю життя»:

- **0–10 б.** – низький стресовий ризик (мінімальна кількість діючих факторів стресового ризику (ФСР) і відповідно потенційно дуже висока стресостійкість із низьким ризиком для здоров'я);
- **11–29 б.** – помірний стресовий ризик (умовно нормальний спектр та вираженість стрес-факторів, що відповідає помірному стресовому напруженню у житті активної людини);
- **30–49 б.** – високий стресовий ризик (високий рівень наявності факторів стресового напруження з потенційно очікуваним зниженням супротиву стресу);
- **50–80 б.** – дуже високий стресовий ризик (прогностично дуже висока вразливість до стресу та загроза для фізичного і психічного здоров'я, що обумовлена наявністю широкого спектру та інтенсивністю факторів стресового ризику).

За поведінковою та емоційною субшкалами відповідно результати варіювали від 0 до 40 б.

Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

## Результати дослідження та їх обговорення

За розподілом пацієнтів відносно наявності стрес-потенціюючих чинників виявлено, що близько половини хворих у кожній з груп, в тому числі і опитуваних в ГП, мали високий стресовий ризик (51,60% у Г1, 57,50% у Г2 та 52,00% у Г3, а також 48,90% у ГП) (табл. 1).

Порівняно більшою була кількість опитуваних з помірною частотою ФСР серед пацієнтів Г1, дещо меншою у Г2 та найменшою – у Г3 (27,90%, 18,70% та 12,60% відповідно). В той же час у Г3 близько третини осіб мали вкрай високий рівень прояву стресового навантаження, тоді як серед пацієнтів Г2 та Г1 – не перебільшував 1/5 частини опитуваних у кожній з груп (35,40%, 23,90% та 20,50% відповідно).

Порівняння отриманих даних психологічного обстеження за рівнем стресового ризику між ГП та пацієнтами з КВР чи з клінічними проявами ЦВП у ОГ виявило, що у ГП була значно меншою частка осіб з дуже високим (12,80%) та більшою з помірним рівнями потенційного стресового навантаження (38,30%). Визначені особливості свідчать про вищий діючий стресовий потенціал та більшу вразливість пацієнтів Г1, Г2 та Г3 до стресу порівняно з соматично здоровими учасниками дослідження (ГП).

Таблиця 2

Показники стресового навантаження залежно від рівня стресового ризику,  $x \pm \sigma$  (бали)

Шкали	Рівні		
	помірний	високий	вкрай високий
<b>Г1 (n=122)</b>			
<b>Стресове навантаження</b>	<b>20,5±3,98</b>	<b>35,7±3,85</b>	<b>52,6±1,78</b>
Поведінкова складова (ПС)	11,06±2,67	18,1±2,92	27,04±2,01
Психоемоційна складова (ПЕМС)	9,44±2,34	17,6±2,38	25,56±2,36
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p<0,01	p=0,29	p<0,01
<b>Г2 (n=134)</b>			
<b>Стресове навантаження</b>	<b>19,72±4,15</b>	<b>35,51±3,56</b>	<b>54,47±1,67</b>
Поведінкова складова (ПС)	10,28±2,07	17,23±3,12	27,0±1,70
Психоемоційна складова (ПЕМС)	9,44±2,47	18,27±2,37	27,47±2,24
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p<0,05	p<0,05	p=0,47
<b>Г3 (n=127)</b>			
<b>Стресове навантаження</b>	<b>17,63±3,74</b>	<b>32,36±2,67</b>	<b>51,82±1,77</b>
Поведінкова складова (ПС)	8,75±1,61	14,76±1,61	22,64±2,47
Психоемоційна складова (ПЕМС)	8,88±2,60	17,61±2,57	29,18±2,66
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p=0,82	p<0,01	p<0,01
<b>ГП (n=47)</b>			
<b>Стресове навантаження</b>	<b>14,39±2,69</b>	<b>31,53±0,9</b>	<b>53,0±1,9</b>
Поведінкова складова (ПС)	7,28±1,45	15,65±2,12	26,17±1,94
Психоемоційна складова (ПЕМС)	7,11±2,17	15,87±1,98	26,83±2,48
Достовірність різниці між ПС та ПЕМС	p=0,78	p=0,80	p=0,70
<b>p-значення (між Г1, Г2 та Г3)</b>			
Для інтегрального показника	0,07	0,01	0,01
Для поведінкової складової	0,01	0,01	0,01
Для психоемоційної складової	0,71	0,16	0,01

У табл. 2 наведено рівні стресового навантаження в опитуваних з помірним, високим та вкрай високим рівнями стресового ризику.

У пацієнтів із помірним рівнем стресового ризику інтегральний показник стресового навантаження поміж опитуваними ОГ суттєво не відрізнявся на противагу особам з ГП, де він був значно нижчим (20,5±3,98 б. у Г1, 19,72±4,15 б. у Г2 та 17,63±3,74 б. у Г3, p=0,65 та 14,39±2,69 б., p<0,05 у ГП).

Виявлено значимі внутрішньогрупові відмінності у ОГ щодо поведінкового компоненту впливу на відміну від психоемоційного:

- ПС: Г1 – 11,06±2,67 б.; Г2 – 10,28±2,07 б.; Г3 – 8,75±1,61 б.; p<0,01;
- ПЕМС: Г1 – 9,44±2,34; Г2 – 9,44±2,47; Г3 – 8,88±2,6 б.; p=0,71.

Серед пацієнтів без клінічних ознак (Г1) та хворих з клінічною симптоматикою ЦВП (Г2) поведінкова стрес-потенціуюча складова переважала над психоемоційною:

- Г1: 11,06±2,67 проти 9,44±2,34 б., p<0,01;
- Г2: 10,28±2,07 проти 9,44±2,47 б., p<0,05.

У Г3 дія компонентів була рівнозначною (8,75±1,61 та 8,88±2,6 б., p=0,82). Тоді як для опитуваних ГП суттєвої різниці у впливі поведінкових та психоемоційних стрес-потенціуючих чинників не спостерігалось (7,28±1,45 та 7,11±2,17 б., p=0,78).

У хворих з високим рівнем стресового ризику

загальний показник стресового навантаження був вищим у Г1 та Г2 порівняно з опитуваними Г3 та ГП (35,7±3,85 б. у Г1, 35,51±3,56 б. у Г2 проти 32,36±2,67 у Г3 та 31,53±0,9 б. у ГП, p<0,01).

Внутрішньогруповий аналіз результатів у ОГ показав, що патогенний поведінковий вплив реалізувався з вищою інтенсивністю у пацієнтів без клінічних проявів ЦВП (18,1±2,92 б. у Г1), та його роль знижувалася серед опитуваних Г2 та Г3 (17,23±3,12 б. у Г2 та 14,76±1,61 б. у Г3, p<0,01). Щодо психоемоційної складової значимих відмінностей між групами у ОГ не виявлено (17,6±2,38 у Г1, 18,27±2,37 у Г2 та 17,61±2,57 у Г3, p=0,16). Тоді як порівняння даних між ОГ та ГП відобразило нижчий потенційний вплив поведінкових стрес-потенціуючих чинників на умовно здорових обстежуваних на відміну від Г1, Г2 та психоемоційних з пацієнтами з КВР чи проявами ЦВП.

Аналіз співвідношення поведінкового та психоемоційного компонентів виявив, що у хворих з ризиком ЦВП та осіб з ГП дія цих чинників була рівнозначною (18,1±2,92 та 17,6±2,38 б., p=0,29 у Г1 і відповідно 15,65±2,12 та 15,87±1,98 б., p=0,80 у ГП), тоді як в пацієнтів у Г2 та Г3 домінували емоційні чинники (17,23±3,12 проти 18,27±2,37 б. у Г2, p<0,05; та 14,76±1,61 проти 17,61±2,57 б. у Г3, p<0,01).

У пацієнтів з вкрай високим стресовим ризиком найвищий рівень стресового навантажен-

ня виявлено у Г2, найнижчий у Г3 та середній – у Г1 (відповідно  $54,47 \pm 1,67$  б.;  $51,82 \pm 1,77$  б. та  $52,6 \pm 1,78$  б.,  $p < 0,01$ ). У ГП даний показник становив  $53,0 \pm 1,9$  б., що уподібнювало результати до пацієнтів з Г1, які мали високий рівень КВР. Варто зазначити, змістовно більш низький показник у хворих, що перенесли МІ, обумовлений корекцією поведінкових звичок під час реабілітації у постінсультному періоді. Це видно по результатах дослідження поведінкової складової між підгрупами ОГ – більш високими у Г1 та Г2 і нижчими у Г3 (відповідно  $27,04 \pm 2,01$ ,  $27,0 \pm 1,7$  та  $22,64 \pm 2,47$  б.,  $p < 0,01$ ) та навіть ГП ( $22,64 \pm 2,47$  б. у Г3 проти  $26,17 \pm 1,94$  б. у ГП). Тоді як значення психоемоційної складової при внутрішньогруповому порівнянні у ОГ навпаки зростало від Г1 до Г3 ( $25,56 \pm 2,36$  б. у Г1,  $27,47 \pm 2,24$  б. у Г2 та  $29,18 \pm 2,66$  б. у Г3,  $p < 0,01$ ), а у ГП знову таки показник наближувався до результатів хворих з високим КВР ( $26,83 \pm 2,48$  б. у ГП). Серед пацієнтів Г1 виявлено більш виражений вплив поведінкового чинника ( $27,04 \pm 2,01$  проти  $25,56 \pm 2,36$  б.,  $p < 0,01$ ), а хворих Г3 – психоемоційного ( $22,64 \pm 2,47$  проти  $29,18 \pm 2,66$  б.,  $p < 0,01$ ). У Г2 та ГП дія чинників була врівноважена ( $27,0 \pm 1,7$  та  $27,47 \pm 2,24$  б.,  $p = 0,47$  у Г2;  $26,17 \pm 1,94$  та  $26,83 \pm 2,48$  б.,  $p = 0,70$  у ГП).

Узагальнений аналіз показників у пацієнтів з ОГ вказував на те, що на початкових стадіях

розвитку стрес-потенційованих порушень у даній категорії осіб, важливу роль відігравав поведінковий компонент, тоді як по мірі зростання стресового потенціалу, все більший вплив демонструвала психоемоційна складова.

### Висновки

Таким чином, можна стверджувати, що у пацієнтів з КВР та клінічно розгорнутою картиною ЦВП рівень сприйнятливості до стресу (за рахунок більшої представленості стрес-потенціуючих чинників) є вищим порівняно з умовно здоровими опитуваними, що вказує на важливу роль стресу у розвитку та прогресуванні перебігу хворобливого соматичного стану.

Важливу роль у психогенезі дезадаптивних станів серед пацієнтів з ЦВП відіграють як поведінкові, пов'язані з підтриманням здорового способу життя, так і психоемоційні, обумовлені системою внутрішньоособистісних та міжособистісних відношень, стрес-потенціуючі чинники, при цьому роль останніх з прогресуванням ЦВП зростає.

Вплив на розвиток психічних зрушень та посилення дії психоемоційної складової в процесі перебігу ЦВП вказує на необхідність доповнення стандартних протоколів медичної допомоги психологічними інтервенціями як патогенетичними щодо профілактики та лікування пацієнтів з даною (психо)соматичною патологією.

### Література

1. Cardiovascular Health in Anxiety or Mood Problems Study (CHAMPS): study protocol for a randomized controlled trial / J. Tully Phillip, A. Turnbull Deborah, D. Horowitz John [et al.] // *Trials*. – 2016. – Vol. 17. – doi: 10.1186/s13063-015-1109-z
2. Мищенко Т. С. Епидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Т. С. Мищенко // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С. 22–24.
3. WHO Mental health in the workplace Information Sheet (updated September 2017). – 2017.
4. Comorbidity Factors and Brain Mechanisms Linking Chronic Stress and Systemic Illness / V. Duric, S. Clayton, M. L. Leong, Li-L. Yuan // *Neural Plast.* – 2016. – URL: 5460732. Published online 2016 Feb 8. – doi: 10.1155/2016/5460732
5. Anxiety, Stress-Related Factors, and Blood Pressure in Young Adults / N. Mucci, G. Giorgi, S. De P. Ceratti [et al.] // *Front Psychol.* – 2016. – Vol. 7. – URL: 1682. Published online 2016 Oct 28. – doi: 10.3389/fpsyg.2016.01682
6. Charting the perfect storm: emerging biological interfaces between stress and stroke / G. Kronenberg, J. Schöner, C. Nolte [et al.] // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2017. – Vol. 267 (6). – P. 487–494. – URL: Published online 2017 Apr 9. – doi: 10.1007/s00406-017-0794-x
7. Стрес і хвороби системи кровообігу: посіб.; за ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. – К.: В. Ю. Коломішин, 2015. – 352 с.
8. Perceived Stress Is Associated With Subclinical Cerebrovascular Disease in Older Adults / T. Aggarwal Neelum, J. Clark Cari, L. Beck Todd [et al.] // *Am J Geriatr Psychiatry.* – 2014. – Vol. 22 (1). – URL: 10.1016/j.jagp.2012.06.001. Published online 2013 Jan 9. – doi: 10.1016/j.jagp.2012.06.001
9. Маркова М. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич // *Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия. Специализированный выпуск*. – 2008. – № 243. – С. 71–74.
10. Känel R. Acute mental stress and hemostasis: when physiology becomes vascular harm / R. Känel // *Thromb Res.* – 2015. – Vol. 135, Suppl 1. – P. 52–55. – doi: 10.1016/S0049-3848(15)50444-1
11. Bossé S. Childhood Trauma, Perceived Stress, and Hair Cortisol in Adults With and Without Cardiovascular Disease / S. Bossé T., Stalder, B. D'Antono // *Psychosom Med.* – 2018. – Vol. 80 (4). – P. 393–402. – URL: Published online 2018 Mar 7. – doi: 10.1097/PSY.0000000000000569
12. Vaccarino V. Behavioral, emotional and neurobiological determinants of coronary heart disease risk in women / V. Vaccarino, J. Bremner Douglas // *Neurosci Biobehav Rev.* – 2017. – Vol. 74. – P. 297–309. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.023
13. Njomboro Progress. Social Cognition Deficits: Current Position and Future Directions for Neuropsychological Interventions in Cerebrovascular Disease // *Behav Neurol.* – 2017. – URL: 2627487. Published online 2017 Jul 3. – doi: 10.1155/2017/2627487
14. Smoking History, and Not Depression, is Related to Deficits in Detection of Happy and Sad Faces / K. K. Meyers, N. A. Crane, R. O'Day [et al.] // *Addict Behav.* – 2015. – Vol. 41. – P. 210–217. – URL: Published online 2014 Oct 23. – doi: 10.1016/j.addbeh.2014.10.012
15. Психодіагностика стресса: практикум; сост. Р. В. Курпьянов, Ю. М. Кузьмина. – Казань: КНИТУ, 2012. – 212 с.