

УДК 614.2:001:616-058-082

Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення

В.М. Корнацький¹, Л.О. Дяченко², В.М. Михальчук²¹ ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'я населення, посттравматичний стресовий розлад, коморбідні психічні розлади, соціально-стресові розлади, психосоматика

Стан здоров'я населення відображає соціально-економічне, екологічне, демографічне і санітарно-гігієнічне благополуччя країни та є одним із індикаторів суспільного прогресу, визначає характер демографічних процесів, зокрема тривалість життя [24].

Визначення «Здоров'я – це фізичне, психічне і соціальне благополуччя, а не лише відсутність хвороб» прийняте ВООЗ у 1948 р. [33], і на сьогодні зберігає валідність та відповідність медико-соціальним запитам суспільства з урахуванням сучасних реалій. З методологічної точки зору здоров'я оцінюється на двох рівнях (популяційному та індивідуальному), які органічно пов'язані між собою, проте мають самостійне значення. Досліджуючи популяційне, мають на увазі здоров'я населення країни, регіону, окремих територій, а також демографічних груп. У наш час актуальне не лише фізичне, а й психологічне, емоційне і соціальне благополуччя людей, що очевидно як при аналізі причин погіршення здоров'я, так і при організації медичної допомоги, вирішенні діагностичних, лікувальних і профілактичних проблем [1].

В умовах глобальної політичної і соціальної нестабільності, загрози міжнародного тероризму, екологічного неблагополуччя, кризових явищ в економіці зростає небезпека екстремальних впливів на організм людини, яка опиняється в умовах гострих або хронічних психотравматичних подій [11]. При цьому дослідження їх початкових виявів, механізми й закономірності пере-

ходу до нозологічних дезадаптивних реакцій у клінічно оформлені пограничні, які при певному поєднанні умов середовища та особистісної схильності можуть розвиватися у стани, що класифікуються у МКХ-10 під кодом F43.1 як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), є актуальною проблемою як у клінічному, так і в соціальному аспектах.

На популяційне й індивідуальне здоров'я впливають масштаби соціальної нерівності. Соціальна нерівність створює напруження в суспільстві, виявами якого є агресія, відчай і безнадійність – найпоширеніші форми соціального нездоров'я. Безробіття, часта зміна роботи і місця проживання, високий рівень розлучень, тіньова економіка і корупція, локальні воєнні конфлікти – все це посилює стрес, в першу чергу серед чоловіків працездатного віку і молоді. Розшарування в суспільстві веде до маргіналізації окремих груп населення, появи бідності й соціального сирітства.

З 1991 р. чисельність населення в Україні неухильно скорочується, що є наслідком перевищення кількості померлих над кількістю народжених та негативного сальдо міграції у 1994–2004 рр. і в наш час [12, 22]. У 2010–2015 рр. загальний показник смертності в Україні утримувався на дуже високому, як для європейських країн, рівні – 15,3–14,7 % (вдвічі перевищував середньостатистичні показники в країнах ЄС) [24]. Майже третина помирає передчасно у віці до 60 років, 33,4 % – до 65 років [12].

Дяченко Леся Олександрівна, аспірант,
заступник головного лікаря Бучанської міської поліклініки Київської області
E-mail: 0674080695L@gmail.com

Спостерігається тенденція до збільшення захворюваності та поширеності хвороб серед усіх вікових груп. Від 12 до 14 млн осіб мають серцево-судинні захворювання, смертність від яких також є однією з найвищих у світі та становить близько 65 % у структурі загальної. Понад 1 млн страждають від онкологічних захворювань, рівень смертності від яких посідає друге місце. Ці два класи хвороб визначають майже 80 % щорічних втрат. Крім того, в Україні понад 1 млн хворих на цукровий діабет, а також відзначено найвищі серед країн Європи показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз [25].

На частку розладів психічного здоров'я припадає 12 % глобального тягаря хвороб в усіх країнах світу, особливо в осіб молодого віку, тобто найбільш продуктивної групи. Для економічного тягаря психічних розладів характерним є те, що частка непрямих втрат значно, у 2–6 разів, перевищує прямі витрати на лікування [33]. Особливо це стосується періодів різних стихійних і техногенних катастроф, соціальних криз, військових протистоянь. Останнє стало вкрай актуальним для нашого суспільства. За узагальненими оцінками, хоча б одну травматичну подію у своєму житті пережили 61 % чоловіків і 51 % жінок, дві психологічні травми або більше – 25–50 %. Прогнозується зростання розладів у відповідь на психічні травми [27].

Поширеність психічних та поведінкових розладів в Україні, за даними П.В. Волошина та Н.О. Марути, постійно збільшується (на 2,9 % за 10 років) [1].

Вагомі міжнародні дослідження свідчать, що психічні розлади широко представлені в пацієнтів первинної медичної мережі. Так, поширеність депресії у пацієнтів, які страждають на соматичні захворювання, становить 22–33 %. Депресія створює додаткові труднощі для діагностики та терапевтичної тактики соматичних хворих, обтяжує перебіг захворювання та погіршує прогноз, особливо на етапі первинної медико-санітарної допомоги. Принцип психосоматичної та соматопсихічної єдності є основним як для нормального функціонування організму, так і для всіх форм клінічної патології. При деяких захворюваннях психосоматичний та соматопсихічний компоненти виявляються особливо значущими [25, 34].

Аналізуючи динаміку структури поширеності хвороб системи кровообігу (ХСК) за останні роки, можна зробити висновок про щорічний приріст основних нозологій: гіпертонічної хворо-

би, ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних захворювань. У загальній медичній практиці у 37,3 % пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями виявлено коморбідні психічні розлади неспіхотичного рівня. У наш час більше 7 % населення страждають на депресію і не знають про це. Визнано, що 50 % хворих, які перенесли інфаркт міокарда, перебувають у стані депресії, і якщо приділити достатньо уваги корекції їх психічного стану, то можна подовжити життя цих пацієнтів на 6–7 років. Доведено, що під впливом комплексної дії мікро- та макросоціальних чинників ризику виникають негативні психоемоційні стани, що є підґрунтям для виникнення ХСК [5]. Стресорне пошкодження міокарда і кровоносних судин становить базис патогенезу атеросклерозу, тромбозу кровоносних судин, коронароспазму, міокардіодистрофії, інфаркту міокарда, аритмій, артеріальної гіпертензії і раптової серцевої смерті. Основними предиспозиційними факторами сприяння виникненню коморбідних психічних розладів у таких пацієнтів є спадкова обтяженість на психічні захворювання, порушення повсякденного функціонування, низький рівень доходів, самотність, втрата близьких, погіршення соматичного стану, тривалі психотравматичні ситуації [5].

Стрес – це не тільки нервові напруження у відповідь на дію стресорів, а й пристосована реакція організму. Для позначення небезпечного стресу є поняття дистресу, який пов'язаний з поступовим виснаженням сил організму. Розрізняють евстрес (позитивний стрес, який поєднується з бажаним ефектом і мобілізує організм) і дистрес (негативний з небажаним шкідливим ефектом) [32]. Також використовують термін стресова реакція – адаптаційний синдром або синдром неспецифічного реагування. Стресова реакція – це реакція, яка виникає в процесі взаємодії людини із зовнішніми та/або внутрішніми чинниками, що призводять до дестабілізації (дезорганізації) адаптаційних механізмів регуляції і розвитку патологічного стану [3].

Показники частоти виникнення ПТСР значно зросли: якщо в 1980-х становили 1–3 % населення Землі, то за даними останніх досліджень – 7–8 %, причому існують виражені гендерні розбіжності: в жінок діагностується вдвічі частіше, ніж у чоловіків (відповідно у 10,4 та 5,0 %). Активно вивчають психологічні наслідки стресу, спричиненого участю у бойових діях, терористичних актах, особливості реакції люди-

ни на дію інших екстремальних чинників (стихійні лиха, аварії, різні форми насильства тощо) [7, 13]. Вважають, що екстремальні стресові впливи призводять до інтенсивних і тривалих негативних реакцій, які можуть стати причиною зниження ефективності діяльності, навіть до повної її дезорганізації, а також спричиняють психосоматичні розлади. Крім того, висловлено припущення про наявність групи так званих соціально-стресових розладів (ССР) – психоемоційного перенапруження і психічної дезадаптації, що відзначається у великій кількості людей при зміні загальної свідомості й звичного способу життя. Головну відмінність ССР від ПТСР бачать у тому, що ССР розвиваються не лише в людей, які переживають конкретні небезпечні ситуації, а й у тих осіб, які перебувають під впливом макросоціальних загальних групових психогенних чинників [9].

Загально визнано, що стресорні впливи супроводжуються зміною функціональної активності різних систем організму, а виснаження пристосувальних механізмів веде до структурних порушень. Важливе місце в цих процесах належить імунній системі, зміни в якій виникають вже на ранніх стадіях адаптаційних реакцій при екстремальних впливах. Пізніше, на стадії виснаження, формується комплекс симптомів, що кваліфікуються як вторинний імунодефіцитний стан, що своєю чергою є однією з етіологічних причин розвитку імунозалежних захворювань [38].

Таким чином, при стресорному впливі на організм виникають порушення медіаторних та імунних процесів, тканинного метаболізму, енерговитрат і енергоутворення. Результатом такого дисбалансу є функціональні та структурні пошкодження тканин і органів, що відіграє істотну роль у розвитку багатьох захворювань. До них, перш за все, належать патологія серцево-судинної системи та імунодефіцити. Наведене свідчить про практичну важливість пошуку засобів корекції патологічних процесів, у розвитку яких важлива роль належить стресовій реакції [20]. Можна стверджувати, що, з одного боку, найважливіші вияви стресової реакції забезпечують виживаність організму в умовах середовища, що змінилися. З іншого – ці адаптивні механізми несуть потенційну небезпеку, оскільки можуть сприяти формуванню так званих «хвороб адаптації», яскравим прикладом яких є артеріальна гіпертензія. Активація симпатичної нервової системи, що негайно реагує на стрес, викли-

кає не лише добре відомі поведінкові, фізіологічні та біохімічні реакції, а й здатна ініціювати розвиток або посилити перебіг артеріальної гіпертензії. Такий сценарій розвитку подій найбільш ймовірний у разі дії на організм людини психотравматичних ситуацій, що повторюються, особливо при їх суперпозиції на наявні в індивідуума інші причини стійкої гіперактивації симпатичної нервової системи [17].

Серед соціологічних характеристик як чинників ризику розвитку психосоматичних та соматопсихологічних розладів називають стать (жінки мають більш вражену психосоматичну патологію), низький рівень освіти та соціальне положення, стресові життєві події, самі соматичні хвороби. G. Hanel та співавтори проаналізували дані 1751 пацієнта первинної ланки медичної допомоги та висновки лікарів загальної практики, що їх лікують (n=32) у Німеччині. Пацієнти заповнювали тести для виявлення депресії (PHQ-9), тяжкості соматичних симптомів (PHQ-15) і тривожності (Whiteley-7). Лікарі оцінювали клінічні діагнози та пов'язані з ними розлади. Хворі з депресією, тривогою та/або соматоформними розладами (основна група) були значно старшими, мали нижчий рівень освіти, частіше це були жінки, порівняно з контрольною групою пацієнтів без психічних розладів. Пацієнти основної групи частіше відвідували лікаря, мали більшу тривалість симптомів, частіше перебували під впливом соціального або фінансового стресу. Депресія, тривожність і виникнення коморбідних соматоформних розладів були пов'язані, при цьому зафіксовано погіршення стану хворих при поєднанні депресії і тривожності, ніж у разі будь-якого одного розладу, а також відзначали складність стосунків лікаря і пацієнта, спостерігали неадекватну самостійну оцінку психічного розладу.

Негативні зміни щодо стану здоров'я після надзвичайних ситуацій можуть спостерігатися протягом десятків років і виявлятися зростанням смертності з різних причин, кількості онкологічних, кардіологічних захворювань, хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ), печінки, сечовивідної і дихальної систем, а також кількості психічних порушень удвічі. Частота психосоматичних розладів досить висока і становить 15–50 %, а в загально-медичній практиці – 30–57 % [2, 21].

Активно обговорюються питання емоційного впливу на етіологію та клініку цукрового діабету,

оскільки доведено роль преморбідних особливостей особистості. Відзначено, що хворі на цукровий діабет більш схильні до психосоматичних порушень, ніж соматично здорові особи [30].

Наслідки ПТСР виявляються цереброваскулярною патологією, вегетативними порушеннями, дисфункцією неспецифічних регулювальних структур мозку, обтяжують перебіг ішемії головного мозку.

Як типову модель психосоматичного захворювання сьогодні розглядають виразкову хворобу, при якій психоемоційним та психосоціальним чинникам надають визначальну роль. Доведено, що ці чинники передують та сприяють виникненню виразкового дефекту в шлунку та/або дванадцятипалій кишці, тобто соматичне захворювання завжди опосередковане психічним.

Одне з найпоширеніших і тяжких психосоматичних захворювань – бронхіальна астма. Частота невротичних розладів у осіб з бронхіальною астмою сягає 33,5 %, при цьому до 32 % хворих страждають на депресію. У цій групі пацієнтів найчіткіше простежується зв'язок між загостреннями хвороби та емоційним станом хворих. При цьому стресові та емоційні чинники можуть не лише провокувати напад астми, а й модулювати клінічну відповідь хворого на контакт зі специфічними алергенами. Так, позитивний емоційний фон може перешкоджати розвитку нападу побутової бронхіальної астми при перебуванні хворого в запиленому приміщенні, тоді як навіть наближення до будинку, в якому у хворого виникали напади задухи, може супроводжуватися вираженим утрудненням дихання [40, 41].

Як класичний приклад захворювань біопсихосоціальної обумовленості розглядається ревматоїдний артрит. Його біологічну основу становить хронічний системний автоімунний процес, який переважно виявляється деструктивним ураженням суглобів, що призводить до ранньої інвалідизації хворих і вимагає багаторічного лікування. Психологічні й соціальні аспекти ревматоїдного артриту мають достатню історію вивчення, при цьому в більшості досліджень йдеться про виділення основних психологічних механізмів, що діють як у процесі виникнення, так і при прогресуванні [15].

У значній кількості пацієнтів, які страждають на патологію ШКТ, спостерігають різноманітні психопатологічні порушення. Тривожні, депресивні, фобічні розлади мають тенденцію до прогресування, значно обтяжують перебіг основно-

го захворювання, утруднюють встановлення діагнозу. У практиці лікаря-гастроентеролога, сімейного і дільничного лікаря досить часто трапляються хворі, в яких простежується чіткий взаємозв'язок між генезом, дебютом патології та особливостями преморбідності особистості. Нерідко емоційні порушення опосередковано через розвиток дисфункції органів ШКТ призводять до органічної патології. Подібна психічна дезадаптація вкрай несприятливо впливає на перебіг хронічного захворювання, відношення хворого до порушеної фізіології і його прихильність до терапії [26].

Психосоматика походить від грецького слова *psyche* – душа, *soma* – тіло. Уперше ідеї зв'язку тілесного та психічного було висловлено Платоном, Галеном та Гіппократом, які помітили, що сильне емоційне хвилювання може призвести до розладів тілесних функцій, і розглядали хворобу як ненормальну фізичну реакцію на стресову ситуацію. Термін «психосоматика» ввів у 1818 р. R. Heinroth, а K. Jacobi в 1822 р. уперше застосував споріднений термін «соматопсихіка» [10]. Поняття «психосоматична медицина» стало застосовуватися лише через століття. У наш час психосоматика – це сучасний клінічний напрям у медицині та в медичній психології, предметом якого є вивчення впливу психологічних чинників та їх взаємозв'язок із соматичними процесами [10].

Існують два аспекти впливу соматичного захворювання на психічний стан людини: хвороба як соматогенія (чинник, що безпосередньо впливає на нервову систему) та хвороба як психогенія. Ці два аспекти можуть поєднуватися. Будь-яке хронічне соматичне захворювання справляє зворотний вплив на психіку людини, навіть коли при цьому не спостерігаються клінічні вияви психічних порушень. Вторинні порушення психічної сфери негативно впливають на соматичну сферу, що призводить до виникнення патологічного комплексу за типом зачарованого кола [35].

Залежність фізичного здоров'я людини від її психіки є предметом обговорювання сучасних клініцистів, які обґрунтовують розуміння того факту, що соматична хвороба як процес обумовлена і психологічними факторами, тобто не виключають вплив емоційних чинників на виникнення захворювання [39]. У той же час, соматичні страждання, вимушена обмеженість активного життя та професійної діяльності внаслідок

захворювання викликають зміни і в емоційній сфері, що своєю чергою впливає на перебіг соматичної патології [29].

Значне зростання психосоматичної симптоматики в загальній структурі захворюваності набуло характеру стійкої тенденції як у структурі розладів психічної сфери, так і в клініці соматичних. При цьому об'єктом уваги фахівців є саме психосоматичні – психогенно зумовлені порушення функцій внутрішніх органів [6]. Разом з тим, існує низка праць, в яких показано, що психічні детермінанти є кофакторами, які набувають причинного значення тільки при їх поєднанні з генетичними, конституціональними, імунними факторами, чинниками зовнішнього середовища, що є причиною розвитку хвороби. Проте в більшості випадків поза увагою лікарів залишаються порушення, об'єднані в групу соматичних, при яких виникають різні соматовегетативні, соматопсихічні функціональні розлади, а також відбувається зміна рис характеру особистості внаслідок гострих або хронічних захворювань [18].

Депресивні розлади – це найбільш соматизовані психічні відхилення [28]. Питома вага непсихотичних форм у їх структурі перевищує 60 % [16]. За даними експертів ВООЗ, у 2020 р., при продовженні тенденцій росту, депресивна симптоматика зросте на 5,7 % і стане другою причиною інвалідизації населення у світі після ішемічної хвороби серця.

В епідеміологічних дослідженнях депресивні стани порівнюють з «айсбергом», вершину якого утворюють виражені форми, котрі фахівцям нескладно розпізнати. Більшість депресивних розладів містяться в глибині «айсберга». Це стерті форми, в клініці яких домінують невротичні, соматизовані, вегетативні порушення. Такі хворі частіше звертаються по допомогу в заклади загальної медичної мережі. Саме тому в сучасних умовах проблему депресій розглядають як одну з ключових, не тільки у психіатрії, а і в загальній медицині [31].

Таким чином, підвищена увага до депресій у загальномедичній мережі обумовлена, перш за все, значною поширеністю депресивних станів серед соматичних хворих, частота яких, за даними різних авторів, становить 8–44 %. У загальній популяції депресивні розлади трапляються у 5–17 % випадків [33, 35]. Разом з тим у значній кількості випадків депресивні стани в соматичних хворих залишаються нерозпізнаними, ос-

кільки багато пацієнтів не асоціюють свої скарги із психічною патологією або не бажають обговорювати свій стан через можливість соціальної стигматизації [8].

Значна частка пацієнтів (10–51 %) страждають на неврози, психогенні розлади, акцентуації характеру та інші пограничні психічні розлади. Саме тому кожен лікар повинен не лише вміти діагностувати такі стани, а й надати фахову медичну допомогу у випадках, які не виходять за межі пограничних психічних розладів. Крім того, підхід до хвороби з позицій єдності соматичного та психічного компонентів дозволяє створити програми запобігання цим розладам шляхом проведення психологічної роботи з групами ризику і пом'якшення впливу преморбідних особливостей особистості [5].

Так, потерпілі внаслідок катастроф і різних надзвичайних ситуацій отримують у США комплексну медичну, психологічну та соціальну допомогу. Оскільки випадки ПТСР у жертв катастроф і військових ветеранів, як у США, так і в інших країнах мають стійку тенденцію до зростання, одним із основних завдань психологічної служби будь-якої країни є визначення ефективних методів надання психологічної допомоги. До них відносять групову психотерапію, самопомогу, опосередковане лікування через Інтернет і лікування, яке інтегроване в умови практики первинної допомоги.

У зв'язку зі значною поширеністю патології, викликані порушеннями психічної сфери, Н.Г. Старинець рекомендує широко впроваджувати процедури скринінгу афективних розладів у роботу закладів загальномедичної мережі. У першу чергу, такий скринінг необхідно впроваджувати при хворобах, що супроводжуються значним обмеженням побутового та соціального функціонування або мають несприятливий прогноз. Своєчасна діагностика психосоматичних розладів допоможе краще зрозуміти пацієнта, поліпшить терапію і прогноз основного захворювання, збереже соціальну адаптацію хворого та підвищить якість життя з повноцінним соціальним функціонуванням [19]. Також актуальною при вирішенні питань організації необхідної медичної та психосоціальної допомоги хворим із стресовими розладами є проблема ідентифікації стресових чинників. Виділення «пускових» – найбільш патогенних чинників, які з великою ймовірністю здатні викликати психічні порушення, зокрема розвиток ПТСР, визначає групу первин-

них стресових чинників, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) у першу чергу [23].

Ця ситуація потребує нових організаційних рішень, а залучення лікарів-психологів до роботи з пацієнтами загальномедичного профілю з пограничними психічними розладами є доцільним і раціональним. Базова медична освіта з поглибленим вивченням курсу психіатрії в поєднанні зі знаннями медичної та загальної психології, навичками застосування психокорекційних і психотерапевтичних методик дають можливість лікарям-психологам на належному фаховому рівні діагностувати психічні розлади і надавати адекватну медичну допомогу. Стан проблеми потребує розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики при пограничних психічних розладах, профілактичних та організаційних заходів, а також створення навчальних програм для лікарів загальної медичної практики [5].

В.І. Клименко обґрунтував впровадження зазначеної практики, що потребує таких організаційних заходів [5]:

- впровадження процедури скринінгу психосоціальних чинників ризику розвитку ХСК у хворих на етапі первинної медико-санітарної допомоги;

- навчання лікарів первинної ланки роботі з необхідним діагностичним інструментарієм та виявлення пацієнтів з високим ризиком;

- організація професійної взаємодії між дільничним лікарем/лікарем загальної практики та психотерапевтом/психіатром територіальної поліклініки або консультантом-психіатром з іншого медичного закладу;

- впровадження в поліклінічні установи спеціалізованих (психотерапевтичних, медико-психологічних) кабінетів [4].

Тісна співпраця лікаря загальносоматичного профілю (кардіолога, лікаря загальної практики, лікаря-терапевта) та психіатричної мережі (психотерапевта, медичного психолога) є необхідною в системі охорони здоров'я України. Вона надає можливість здійснювати не тільки медичні заходи, а й психологічну, лікувально-профілактичну роботу з цими пацієнтами. Такий підхід до організації медичної допомоги сприяє досягненню більш повного та стабільного кінцевого результату. Залучення психотерапевта до комплексу лікувально-профілактичних заходів надає змогу попередити виникнення та прогресування кардіологічної патології, сприяє підвищенню

адаптації пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями за рахунок подолання стресу [4].

Сімейні лікарі як фахівці, які отримали підготовку з курсу психічних захворювань, можуть діагностувати і лікувати соматоформні розлади. Від того, наскільки швидко сімейні лікарі розпізнають ці розлади і нададуть допомогу, залежать перебіг захворювання і якість життя пацієнта [14].

Висновок

Збільшення частоти виникнення захворювань, що належать до групи психосоматичних розладів, підкреслює необхідність розуміння і дослідження ролі психосоціальних чинників у виникненні й перебігу соматичних хвороб, а також їх діагностики, лікування і профілактики. Особливості системи охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах вимагають розробки біопсихосоціальної моделі надання допомоги. Надання первинної медичної допомоги соматичним хворим має бути комплексним, містити медико-соціальну та клінічну складові. Медико-соціальна складова передбачає реалізацію соціальних програм на макросоціальному рівні (міждержавні, національні, регіональні, галузеві, громадські програми). Клінічні програми лікування на індивідуальному та мікросоціальному рівні повинні передбачати оцінку чинників ризику, відбір пацієнтів для подальшої інтервенції, а також лікувальну підтримку.

Конфлікту інтересів немає.

Огляд літератури, написання та редактування статті здійснено авторами спільно.

Література

1. Волошин П.В., Марута Н.О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Укр. вісн. психоневрології.– 2015.– Вип. 1.– С. 5–11.
2. Гончаров С.Ф., Коханов В.П. Актуальные теоретические и практические аспекты проблемы посттравматических стрессовых расстройств и пути ее решения с учетом опыта медицины катастроф // Медицина катастроф.– 2013.– № 3.– С. 39–43.
3. Загуровский В.М. Стресс и его последствия (догоспитальный и ранний госпитальный этапы) // Медицина неотлож. состояний.– 2014.– № 7.
4. Клименко В.І. Організаційні заходи щодо профілактики хвороб системи кровообігу, коморбідно пов'язаних зі стресом // Запорізьк. мед. журн.– 2008.– № 2.
5. Коваль І.А. Вплив психоедукації на адаптацію соматичних хворих з коморбідними психічними розладами // Проблеми сучасн. психології.– 2013.– Вип. 21.– С. 258–267.
6. Колесников Д. Б. Современные взгляды на психосомати-

- ческие заболевания // *Клин. медицина.*– 2014.– № 7.– С. 12–18.
7. Коханов В.П. Особенности психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта // *Психиатрия и психофармакотерапия.*– 2001.– № 4.– С. 120–123.
8. Крукевич О.О. Депресія з позиції та спостережень практичного лікаря.– Тернопіль: Укрмедкн., 2013.– 99 с.
9. Кулаженко А.И. Социально-стрессовые расстройства и проблемы социально-психологической адаптации индивида в социуме // *Наук. праці [Чорномор. держ. ун-та ім. Петра Могили]. Сер. Соціологія.*– 2012.– Т. 184, вип. 172.– С. 111–115.
10. Лекции по психосоматике / Под ред. А.Б. Смулевича.– М.: Мед. информ. агентство, 2014.– 352 с.
11. Мехтиева Л.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство в сложные социальные периоды // *Психич. здоровье.*– 2014.– № 1.
12. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галієнко Л.І. Передчасна смертність населення як глобальна соціально-медична проблема // *Охорона здоров'я України.*– 2008.– № 2.– С. 9–19.
13. Петрова А.В., Тарасов Д.А., Склярова Т.П., Механтьева Л.Е. Исследование функциональных резервов организма в контексте ориентации личности в стрессовой ситуации // *Медицина катастроф.*– 2015.– № 1.
14. Приходько В.Ю., Микропуло И.Р., Олейник М. В. и др. Соматоформные расстройства в практике семейного врача. Часть 1 // *Мед. перспективи.*– 2013.– № 3.– С. 15–24.
15. Реформа первинної медичної допомоги. Стратегія // *Укр. мед. часопис.*– 2011.– № 6.– С. 6–8.
16. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях.– М.: Мед. информ. агентство, 2015.– 637 с.
17. Солодков А.П., Беляева Л.Е., Лазуко С.С. Стресс и артериальная гипертензия // *Практикуючий лікар.*– 2013.– № 3.– С. 78–80.
18. Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Рокутов С.В. та ін. Мультидисциплінарний підхід в організації надання психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги хворим з психосоматичними та соматопсихічними розладами // *Укр. вісн. психоневрології.*– 2012.– Вип. 3, Ч. 2.– С. 225.
19. Старинець Н.Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини // *Вісн. морфології.*– 2013.– № 1.– С. 220–225.
20. Хныченко К., Сапронов Н.С. Стресс и его роль в развитии патологических процессов // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии.*– 2003.– № 3.– С. 2–15.
21. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина: аспекти діагностики та лікування.– К.: Лтд, 2005.– 69 с.
22. Чорна В.О. Динаміка міграційних процесів в Україні: соціологічний аналіз // *Наукові праці [Чорномор. держ. ун-ту ім. Петра Могили]. Сер. Соціологія.*– 2015.– Т. 258, Вип. 246.– С. 175–180.
23. Шестопалова Л.Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти // *Гуманітар. часопис.*– 2005.– № 1.– С. 103–108.
24. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / За ред. О. Квіташвілі.– К., 2015.– 460 с.
25. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини.– К., 2014.
26. Asakawa A., Inui A. Functional gastrointestinal disorders (FGID): progress in diagnosis and treatments. Topic I. Basic knowledge of functional gastrointestinal disorders (FGID); 2. Psychosomatic aspects – role of stress and hormone in functional gastrointestinal disorder // *Nihon Naika Gakkai Zasshi.*– 2013.– Vol. 102, N 1.– P. 11–16.
27. Atwoli L., Stein D.J., Koenen K.C., McLaughlin K.A. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences // *Curr. Opin. Psychiatry.*– 2015.– Vol. 28, N 4.– P. 307–311.
28. De Jonge P. Depression deconstruction lessons from psychosomatic research // *J. Psychosom. Res.*– 2011.– Vol. 71, N 2.– P. 59–60.
29. Fava G.A., Guidi J., Sonino N. The psychosomatic practice // *Acta Derm. Venereol.*– 2016.– Vol. 96, N 217.– P. 9–13.
30. Isenschmid B. Psychosomatic aspects of caring for diabetes // *Rev. Med. Suisse.*– 2013.– Vol. 9, N 371.– P. 250–251.
31. Katon W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness // *Dialogues Clin. Neurosci.*– 2011.– Vol. 13, N 1.
32. Maxmen A. Stress: The privilege of health // *Nature.*– 2016.– Vol. 531, N 7594.– P. S58–S59.
33. McBain R., Salhi C., Morris J.E. et al. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117 low- and middle-income countries // *Br. J. Psychiatry.*– 2012.– Vol. 201, N 6.– P. 444–450.
34. Nakane H. Trends in primary health version of ICD-11 // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.*– 2013.– Vol. 115, N 1.– P. 53–59.
35. Olde Hartman T.C., Lucassen P.L. Depression prevention in primary care is not worthwhile // *Ned. Tijdschr. Geneesk.*– 2016.– Vol. 160.
36. Olivan-Blázquez B., Rubio-Aranda E., García-Sanz O., Magallón-Botaya R. Correlation between diagnosis of depression and symptoms present in primary care patients // *Actas Esp. Psiquiatr.*– 2016.– Vol. 44, N 2.– P. 55–63.
37. Pommer P. Psychosomatic aspects // *Dtsch. Arztebl. Int.*– 2016.– Vol. 113, N 26.
38. Priyadarshini S., Aich P. Effects of psychological stress on innate immunity and metabolism in humans: a systematic analysis // *PLoS One.*– 2012.– Vol. 7, N 9.
39. Wise T.N., Balon R. Psychosomatic medicine in the 21st century: understanding mechanisms and barriers to utilization // *Adv. Psychosom. Med.*– 2015.– Vol. 34.– P. 1–9.
40. Zawada K., Bratek A., Krysta K. Psychological distress and social factors in patients with asthma and chronic obstructive lung disease // *Psychiatr. Danub.*– 2015.– Vol. 27 (Suppl. 1)– P. S462–S464.
41. Zhang L., Zhang X., Zheng J. et al. Co-morbid psychological dysfunction is associated with a higher risk of asthma exacerbations: a systematic review and meta-analysis // *J. Thorac. Dis.*– 2016.– Vol. 8, N 6.– P. 1257–1268.

Надійшла 20.10.2016 р.

Влияние психосоциальных факторов на состояние здоровья и качество жизни населения

В.М. Корнацкий¹, Л.А. Дяченко², В.М. Михальчук²

¹ *ГУ «Национальный научный центр “Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско” НАМН Украины», Киев*

² *Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев*

Цель работы – изучить зависимость состояния здоровья человека от экстремальных воздействий на организм человека, который оказался в условиях острых или хронических психических травмирующих событий. В данной статье представлен обзор литературы с приведением современных данных относительно возникновения функциональных и структурных повреждений тканей, органов вследствие стрессорного влияния на организм, а также рассмотрена целесообразность и рациональность привлечения врачей-психологов к работе с пациентами общемедицинского профиля с пограничными психическими расстройствами. Приведены новые организационные решения при решении вопросов предоставления необходимой медицинской и психосоциальной помощи больным со стрессовыми расстройствами.

Ключевые слова: здоровье населения, посттравматическое стрессовое расстройство, коморбидные психические расстройства, социально-стрессовые расстройства, психосоматика.

The influence of psychosocial factors upon health status and quality of life of the population

V.M. Kornatsky¹, L.O. Dyachenko², V.M. Mykhalchuk²

¹ *National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine*

² *Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine*

The aim of the research is to study the dependence of human health on extreme effects on the human body, being under influence of acute or chronic mental traumatic events. This article reviews contemporary data on the incidence of functional and structural damage of tissues and organs due to stress effects on the body, as well as the feasibility and rationality of the involvement of medical psychologists to work with patients of the general medical profile with borderline mental disorders. New administrative solutions regarding dealing provision of the necessary medical and psychosocial care to patients with stress disorders are provided.

Key words: population health, posttraumatic stress disorder, comorbid mental disorders, social stress disorders, psychosomatic.