

ОСОБЛИВОСТІ ТИПУ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Т. П. Яворская

Особенности типа реагирования на заболевание у пациентов с цереброваскулярной патологией

T. P. Yavorska

Features type of response on the diseases in patients with cerebrovascular pathology

Тип реакції та поведінка пацієнтів під час лікування є важливою складовою успішності подолання хвороби, відновлення та підтримання здоров'я, і відповідно збільшення тривалості та підвищення якості життя.

На базі Харківської обласної клінічної лікарні — центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016—2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією на різних етапах розвитку захворювання та 47 умовно здорових осіб. У дослідженні використано опитувальник «ТОБОЛ» та Бостонський тест на стресостійкість.

У континуумі «умовно здорові — група ризику — клінічні прояви цереброваскулярної патології» після мозкового інсульту спостерігається збільшення неадаптивних типів реагування на захворювання, що проявляється зростанням внутрішнього психічного напруження та погіршенням психосоціальної адаптації пацієнтів. Підвищення стресового ризику поєднується з типами реагування на захворювання, що супроводжуються проявами психологічної та психосоціальної адаптації як за інтрапсихічним, так і інтерпсихічним механізмом розвитку.

Психокорекція типу реагування на хворобу, особливо хронічну, що несе вітальну загрозу та чимале зниження якості життя внаслідок ускладнень та прогресування, є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів з цереброваскулярною патологією на базі здоров'яцентрованого підходу.

Ключові слова: тип реагування на захворювання, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога

Тип реакции и поведения пациентов во время лечения является важной составляющей успешности в преодолении болезни, восстановлении и поддержании здоровья, и соответственно увеличении продолжительности и повышении качества жизни.

На базе Харьковской областной клинической больницы — центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф на протяжении 2016—2018 годов было обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией на разных этапах течения болезни и 47 условно здоровых лиц. В исследовании использованы опросник «ТОБОЛ» и Бостонский тест на стрессоустойчивость.

В континууме «условно здоровые — группа риска — клинические проявления цереброваскулярной патологии» после мозгового инсульта наблюдается увеличение неадаптивных типов реагирования на заболевание, проявляющееся ростом внутреннего психического напряжения и ухудшением психосоциальной адаптации пациентов. Повышение стрессового риска сочетается с типами реагирования на заболевание, сопровождающимися проявлениями психологической и психосоциальной адаптации как по интрапсихическому, так и интерпсихическому механизму развития.

Психокоррекция типа реагирования на болезнь, особенно хроническую, несущую витальную угрозу и значительное снижение качества жизни вследствие осложнений и прогрессирования, является важной составляющей мер медико-психологической помощи для пациентов с цереброваскулярной патологией на основе здоровьесцентрированного подхода.

Ключевые слова: тип реагирования на заболевание, цереброваскулярная патология, медико-психологическая помощь

The type of reaction and the behavior patients is an important part of the successful treatment and recovery, and, respectively, the prolong duration and improve quality of life.

At Kharkiv Regional Clinical Hospital — Emergency and Emergency Medicine Center during 2016—2018, observed 383 patients with cerebrovascular pathology (CVP) on different stage of diseases and 47 healthy persons. In research we used questionnaires "Type of response on the disease" and Boston Stress Test.

In the continuum, "healthy — risk group — clinical manifestations of cerebrovascular pathology — after stroke" there is an increase nonadaptive types of response on the disease, manifested by mental stress and the decreasing psychosocial adaptation of patients. Growth of stress combined with types of response on the disease, accompanied by manifestations psychological and psychosocial disadaptation as an intrapsychic, and interphysical mechanism of development.

Psychological correction the type of response on the disease, in particular chronic, with a vital threat and a significant decreasing quality of life as a result of complications and progression, is an important component of psychological help for patients with cerebrovascular pathology based on a health-centered approach.

Key words: type of response on the disease, cerebrovascular pathology, psychological help

Цереброваскулярна патологія (ЦВП) становить значну медичну, психосоціальну та медико-психологічну проблему, що зумовлено її тяжкими наслідками для фізичного та психічного здоров'я хворих — рухова, когнітивна, мовна дисфункція, психічні розлади, та близького оточення — догляд за пацієнтом, емоційна підтримка, участь в реабілітаційних заходах [1—3].

Причинами розвитку ЦВП є різноманітні чинники, що стосуються функціонального стану організму (наявність захворювань та хворобливих станів, генетична схильність), який зокрема залежить від "healthlife-style" факторів — шкідливих звичок, рухового режиму, застосування лікарських засобів та прихильності до терапії [4—9].

Внаслідок неухильного зростання поширеності ЦВП серед населення в Україні та у світі важливого значен-

ня набувають заходи саме щодо запобігання розвитку хвороби через модифікацію способу життя та підвищення ефективності лікування, за допомогою корекції неадаптивних форм реагування і поведінки у процесі терапії [10—13].

Доведено, що ставлення до захворювання, поведінка в процесі лікування, комплаєнс, наявність терапевтичного альянсу між пацієнтом та лікарем відіграють важливу роль у відновленні здоров'я, підвищують ефективність лікувальних заходів [14—16].

Розуміння особливостей реагування та поведінки хворих з цереброваскулярною патологією становить важливу частину для розроблення заходів профілактики та надання медичної та медико-психологічної допомоги, що базується на здоров'яцентрованому підході.

Мета — дослідити особливості типу реагування на захворювання у пацієнтів з цереброваскулярною патологією на різних етапах її розвитку як важливої

мішені медико-психологічної допомоги у структурі здоров'яцентрованого підходу в лікувальному процесі.

На підставі інформованої згоди на базі центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2016—2018 років було обстежено 430 осіб (58,5 % чоловіки, та 41,5 % — жінки): 383 пацієнти з ЦВП різного ступеня прояву (основна група, ОГ) та 47 умовно здорових опитуваних (група порівняння, ГП) з відсутністю ризику або клінічних проявів ЦВП віком від 37 до 68 років.

Основну групу було поділено на три залежно від критерію етапу перебігу ЦВП:

— група 1 (Г1) — 122 пацієнти з серцево-судинною патологією (гіпертонічна хвороба — 59,8 %, ішемічна хвороба серця — 40,2 %) та наявністю факторів кардіоваскулярного ризику, тривалість захворювання від 1 до 3 років;

— група 2 (Г2) — 134 хворих з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак в анамнезі у період від 6 міс. до 2 років;

— група 3 (Г3) — 127 осіб після перенесеного мозкового інсульту (МІ) у періоді від 6 міс. до 1,5 року.

Аналіз типу реагування на захворювання проводили за допомогою опитувальника «ТОБОЛ» (за Л. І. Васерман, А. Я. Вукс, Б. В. Іовлев, Е. Б. Карпова). Для вивчення рівня стійкості до стресових ситуацій застосовано Бостонський тест на стресостійкість (тест Аналізу стилю життя) (за Р. В. Купріяновим, Ю. М. Кузьміною), на ґрунті якого проведено поділ досліджуваних груп на підгрупи з помірним (ПСР), високим (ВСР) та надвисоким стресовим ризиком (нВСР). Статистичне оброблення проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Поділ пацієнтів на групи залежно від етапу розвитку захворювання, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних, психосоціальних факторів на виникнення та перебіг ЦВП.

У континуумі «умовно здорові — група ризику — клінічні прояви ЦВП — після МІ» виявлено (табл. 1) таке:

— зменшення частки «адаптивних» (46,8 % у ГП, 36,9 % у Г1, 29,8 % у Г2 та 15,0 % у Г3) та змішаних у складі з «адаптивним» типів реагування на захворювання (відповідно 23,4 %, 23,0 %, 15,7 % та 10,2 %);

— збільшення частки типів з інтрапсихічною (21,3 % у ГП, 24,65 % у Г1, 29,1 % у Г2 та 28,3 % у Г3) та інтерпсихічною дезадаптацією (2,1 %, 5,7 %, 11,2 % та 22,0 %), змішаного типу у складі з декількома дезадаптивними (6,4 %, 9,8 %, 14,2 % та 24,5 %).

Таблиця 1. Загальна структура типу реагування на захворювання, %

Тип	ГП, n = 47	Г1, n = 122	Г2, n = 134	Г3, n = 127
«Адаптивні»	46,8	36,9	29,8	15,0
Інтрапсихічна дезадаптація	21,3	24,6	29,1	28,3
Інтерпсихічна дезадаптація	2,1	5,7	11,2	22,0
Змішаний у складі з «адаптивним» типом	23,4	23,0	15,7	10,2
Змішаний у складі з дезадаптивними типами	6,4	9,8	14,2	24,5

У табл. 2 наведено структуру типів реагування на захворювання у групах загалом. У ГП домінували анозогнозичний (17,0 %), гармонійний та ергопатичний

типи (по 14,9 %), тривожний та ергопатично-тривожний типи (по 12,8 %). Меншими були частки неврастенічного (8,5 %), ергопатично-неврастенічного (4,3 %), анозогнозично-сенситивного (4,3 %), тривожно-неврастенічного (4,3 %), тривожно-сенситивного (2,1 %) сенситивного (2,1 %), ергопатично-сенситивного типів (2,1 %),

Таблиця 2. Типи реагування на захворювання у досліджуваних групах, %

Тип	ГП, n = 47	Г1, n = 122	Г2, n = 134	Г3, n = 127
«Адаптивні»				
Гармонійний	14,9	9,8	3,0	1,6
Ергопатичний	14,9	13,1	11,2	—
Анозогнозичний	17,0	13,9	15,7	13,4
Інтрапсихічна дезадаптація				
Тривожний	12,8	14,8	16,4	13,4
Меланхолічний	—	0,8	3,0	1,6
Апатичний	—	—	0,7	3,1
Іпохондричний	—	2,5	3,0	4,7
Неврастенічний	8,5	6,6	6,0	5,5
Інтерпсихічна дезадаптація				
Сенситивний	2,1	4,9	7,5	12,6
Егоцентричний	—	0,8	2,2	3,9
Паранояльний	—	—	0,7	2,4
Дисфоричний	—	—	0,7	3,1
Змішаний у складі з «адаптивним» типом				
Ергопатично-тривожний	12,8	7,4	7,5	—
Ергопатично-сенситивний	2,1	1,6	0,7	—
Ергопатично-егоцентричний	—	0,8	0,7	—
Ергопатично-неврастенічний	4,3	11,5	4,5	—
Анозогнозично-сенситивний	4,3	1,6	2,2	10,2
Змішаний у складі з декількома дезадаптивними типами				
Тривожно-іпохондричний	—	2,5	3,7	6,3
Тривожно-неврастенічний	4,3	4,9	5,2	5,5
Тривожно-сенситивний	2,1	1,6	2,2	4,7
Тривожно-дисфоричний	—	0,8	3,0	7,9

У Г3 основними типами реагування на хворобу визначені анозогнозичний (13,4 %), тривожний (13,4 %), сенситивний (12,6 %), анозогнозично-сенситивний (10,2 %). Менш представленими були тривожно-дисфоричний (7,9 %), тривожно-іпохондричний (6,3 %), тривожно-неврастенічний (5,5 %), неврастенічний (5,5 %), іпохондричний (4,7 %), тривожно-сенситивний (4,7 %), егоцентричний (3,9 %), апатичний (3,1 %), дисфоричний (3,1 %), паранояльний (2,4 %), гармонійний (1,6 %) та меланхолічний типи (1,6 %).

У табл. 3 наведено дані щодо типів реагування на захворювання залежно від рівня стресового ризику у досліджуваних групах.

Виявлено, що у континуумі «умовно здорові — група ризику — клінічні прояви ЦВП — після МІ» з наростанням стресового ризику підвищується роль типів реагування на захворювання, що супроводжуються

проявами інтрапсихічної та інтерпсихічної дезадаптації. Цей феномен можна трактувати різнобічно:

- в основі високого стресового ризику та типу реагування на захворювання лежать спільні внутрішньоособистісні чи поведінкові механізми психогенезу;
- погіршення соматичного стану та поява «видимої» для хворого розгорнутої клінічної симптоматики, переживання обмежень, що їх спричинило захворювання, зумовлюють трансформацію ставлення

до хвороби з формуванням більш складних і тяжких її проявів.

У таблиці 4 деталізовано типи реагування на захворювання залежно від групи та стресового ризику.

У підгрупі з ПСР переважали опитувані з адаптивними та змішаними у складі з «адаптивним» типом реагування на захворювання, тоді як у підгрупах з ВСР та особливо з нВСР збільшувалася частка осіб з дезадаптивними типами (табл. 5).

Таблиця 3. Загальна структура типу реагування на захворювання залежно від рівня стресового ризику та групи, %

Тип	ГП, n = 47			Г1, n = 122			Г2, n = 134			Г3, n = 127		
	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР
«Адаптивні»	55,6	47,8	16,7	50,0	38,1	16,0	48,0	29,9	15,6	43,8	10,6	11,1
Інтрапсихічна дезадаптація	11,1	21,7	50,0	14,7	23,8	40,0	16,0	27,3	43,8	18,8	30,3	28,9
Інтерпсихічна дезадаптація	—	4,3	—	2,9	6,3	8,0	12,0	10,4	12,5	18,8	18,2	28,9
Змішаний у складі з «адаптивним» типом	33,3	17,4	16,7	26,5	23,8	16,0	16,0	16,9	12,5	12,5	10,6	8,9
Змішаний у складі з декількома дезадаптивними типами	—	8,7	16,7	5,9	7,9	20,0	8,0	15,6	15,6	6,3	30,3	22,2

Примітка. Тут і далі: ПСР — помірний стресовий ризик, ВСР — високий стресовий ризик, нВСР — надвисокий стресовий ризик

Таблиця 4. Типи реагування на захворювання у досліджуваних групах залежно від рівня стресового ризику та групи, %

Тип	ГП, n = 47			Г1, n = 122			Г2, n = 134			Г3, n = 127		
	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР
«Адаптивні»												
Гармонійний	27,8	8,7	—	20,6	7,9	—	12,0	1,3	—	12,5	—	—
Ергопатичний	22,2	13,0	—	17,6	14,3	4,0	20,0	10,4	6,3	—	—	—
Анозогнозичний	5,6	26,1	16,7	11,8	15,9	12,0	16,0	18,2	9,4	31,3	10,6	11,1
Інтрапсихічна дезадаптація												
Тривожний	5,6	13,0	33,3	8,8	15,9	20,0	12,0	16,9	18,8	12,5	13,6	13,3
Меланхолічний	—	—	—	—	1,6	—	—	2,6	6,3	—	—	4,4
Апатичний	—	—	—	—	—	—	—	—	3,1	—	4,5	2,2
Іпохондричний	—	—	—	—	1,6	8,0	—	2,6	6,3	—	4,5	6,7
Неврастенічний	5,6	8,7	16,7	5,9	4,8	12,0	4,0	5,2	9,4	6,3	7,6	2,2
Інтерпсихічна дезадаптація												
Сенситивний	—	4,3	—	2,9	6,3	4,0	12,0	6,5	6,3	18,8	10,6	13,3
Егоцентричний	—	—	—	—	—	4,0	—	2,6	3,1	—	4,5	4,4
Паранояльний	—	—	—	—	—	—	—	—	3,1	—	1,5	4,4
Дисфоричний	—	—	—	—	—	—	—	1,3	—	—	1,5	6,7
Змішаний у складі з «адаптивним» типом												
Ергопатично-тривожний	16,7	8,7	16,7	5,9	11,1	—	8,0	6,5	9,4	—	—	—
Ергопатично-сенситивний	5,6	—	—	5,9	—	—	—	1,3	—	—	—	—
Ергопатично-егоцентричний	—	—	—	—	1,6	—	—	1,3	—	—	—	—
Ергопатично-неврастенічний	5,6	4,3	—	8,8	11,1	16,0	4,0	5,2	3,1	—	—	—
Анозогнозично-сенситивний	5,6	4,3	—	5,9	—	—	4,0	2,6	—	12,5	10,6	8,9
Змішаний у складі з декількома дезадаптивними типами												
Тривожно-іпохондричний	—	—	—	—	1,6	8,0	—	3,9	6,3	—	7,6	6,7
Тривожно-неврастенічний	—	4,3	16,7	2,9	6,3	4,0	—	7,8	3,1	—	9,1	2,2
Тривожно-сенситивний	—	4,3	—	2,9	—	4,0	8,0	1,3	—	6,3	4,5	4,4
Тривожно-дисфоричний	—	—	—	—	—	4,0	—	2,6	6,3	—	9,1	8,9 %

Таблиця 5. Структура типу реагування на захворювання в залежності від стресового ризику, %

Тип	ПСР, n = 93	ВСР, n = 229	нВСР, n = 108	заг., n = 430
«Адаптивні»	49,5	28,4	13,9	29,3
Інтрапсихічна дезадаптація	15,1	26,6	37,0	26,7
Інтерпсихічна дезадаптація	7,5	10,9	17,6	11,9
Змішаний у складі з «адаптивним» типом	22,6	17,0	12,0	17,0
Змішаний у складі з декількома дезадаптивними типами	5,4	17,0	19,4	15,1

Розподіл типів реагування залежно від рівня стресового ризику (табл. 6) свідчить, що у структурі типів реагування на захворювання у підгрупі з ПСР провідними були гармонійний (18,3 %), ергопатичний (16,1 %) та анозогнозичний типи (15,1 %), що входили до блоку з достатньою психологічною та соціальною адаптацією. Менш представленими були тривожний (9,7 %), сенситивний (7,5 %), ергопатично-тривожний (7,5 %), анозогнозично-сенситивний (6,5 %), неврастенічний (5,4 %), ергопатично-неврастенічний (5,4 %), тривожно-сенситивний (4,3 %), ергопатично-сенситивний (3,2 %) та тривожно-неврастенічний (1,1 %).

Таблиця 6. Типи реагування на захворювання залежно від стресового ризику, %

Тип	ПСР, n = 93	ВСР, n = 229	нВСР, n = 108	загалом, n = 430
Гармонійний	18,3	3,5	—	5,8
Ергопатичний	16,1	8,7	2,8	8,8
Анозогнозичний	15,1	16,2	11,1	14,7
Тривожний	9,7	15,3	17,6	14,7
Меланхолічний	—	1,3	3,7	1,6
Апатичний	—	1,3	1,9	1,2
Іпохондричний	—	2,6	6,5	3,0
Неврастенічний	5,4	6,1	7,4	6,3
Сенситивний	7,5	7,4	8,3	7,7
Егоцентричний	—	2,2	3,7	2,1
Паранояльний	—	0,4	2,8	0,9
Дисфоричний	—	0,9	2,8	1,2
Ергопатично-тривожний	7,5	6,1	3,7	5,8
Ергопатично-сенситивний	3,2	0,4	—	0,9
Ергопатично-егоцентричний	—	0,9	—	0,5
Ергопатично-неврастенічний	5,4	5,2	4,6	5,1
Анозогнозично-сенситивний	6,5	4,4	3,7	4,7
Тривожно-іпохондричний	—	3,9	6,5	3,7
Тривожно-неврастенічний	1,1	7,4	3,7	5,1
Тривожно-сенситивний	4,3	2,2	2,8	2,8
Тривожно-дисфоричний	—	3,5	6,5	3,5

У підгрупі з ВСР домінували анозогнозичний (16,2 %) та тривожний типи (15,3 %), дещо рідше спостерігалися ергопатичний (8,7 %), тривожно-неврастенічний (7,4 %), сенситивний (7,4 %), неврастенічний та ергопатично-тривожний (по 6,1 %), ергопатично-неврастенічний

(5,2 %), анозогнозично-сенситивний (4,4 %), тривожно-іпохондричний (3,9 %), гармонійний (3,5 %), тривожно-дисфоричний (3,5 %), та поодинокі — іпохондричний (2,6 %), тривожно-сенситивний та егоцентричний (по 2,2 %), меланхолічний та апатичний (по 1,3 %), дисфоричний та ергопатично-егоцентричний (по 0,9 %), паранояльний та ергопатично-сенситивний (по 0,4 %).

У підгрупі з нВСР провідними були тривожний (17,6 %) та анозогнозичний тип (11,1 %), за якими слідували сенситивний (8,3 %), неврастенічний (7,4 %), іпохондричний (6,5 %), тривожно-іпохондричний (6,5 %) та тривожно-дисфоричний типи (6,5 %). Менш представленими були ергопатично-неврастенічний (4,6 %), егоцентричний (3,7 %), ергопатично-тривожний (3,7 %), анозогнозично-сенситивний (3,7 %), меланхолічний (3,7 %), тривожно-неврастенічний (3,7 %), ергопатичний (2,8 %), паранояльний (2,8 %), дисфоричний (2,8 %), тривожно-сенситивний (2,8 %), апатичний типи (1,9 %).

У континуумі «умовно здорові — група ризику — клінічні прояви ЦВП — після МІ» спостерігається збільшення неадаптивних типів реагування на захворювання, що проявляється зростанням внутрішнього психічного напруження та погіршенням психосоціальної адаптації пацієнтів..

Підвищення стресового ризику поєднується з типами реагування на захворювання, що супроводжуються проявами психологічної та психосоціальної адаптації як за інтрапсихічним, так і інтерпсихічним механізмом розвитку.

Для осіб з помірним стресовим ризиком притаманний адаптивний тип реагування на захворювання, що включає реалістичне сприйняття хвороби, прийняття відповідальності за її лікування, зосередження на збереженні «здорових» частин життя, високий рівень соціальної активності. У пацієнтів з високим стресовим ризиком спостерігаються переважно варіанти анозогнозичного та тривожного типу відповіді, що супроводжуються або включенням психологічних механізмів захисту у вигляді заперечення, зменшення значимості хвороби, або ж зростанням внутрішнього психічного напруження та змінами у психосоціальній сфері. Для пацієнтів з надвисоким стресовим ризиком властиві висока вираженість тривожних переживань, надмірна зосередженість на відхиленнях у фізичному самопочутті (іпохондричності), неврастенічні прояви, погіршення міжособистісної комунікації та соціальної адаптації.

Психокорекція типу реагування на хворобу, особливо хронічну, що несе вітальну загрозу та чимале зниження якості життя внаслідок ускладнень та прогресування, є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів з цереброваскулярною патологією на базі здоров'яцентрованого підходу.

Список літератури

1. Мищенко Т. С. Епидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 22—24.
2. Хвороби системи кровообігу в Україні як одна з характеристик суспільного здоров'я / Бабак О. Я., Дроздова В. І., Бабець А. А. [та ін.] // Український терапевтичний журнал. 2017. № 1. С. 4—11.
3. Global and regional burden of stroke during 1990—2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V. L. Feigin, M. H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi [et al.] // Lancet. 2014. Vol. 383, No. 9913. P. 245—254. PMID: 24449944.
4. Профілактика неінфекційних захворювань / Біловол О. М., Гріднев О. Є., Ісаєва Г. С. [та ін.] // Бібліотека «Здоров'я України». 2016. 352 с.
5. Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник / за ред.: В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. К.: Коломішин В. Ю., 2015. 352 с.
6. Іпатов А. В., Дроздова І. В., Ханюкова І. Я., Мацура О. М. Інвалідність унаслідок хвороб системи кровообігу (первинна, прихована, прогнозована) // Український терапевтичний журнал. 2013. № 2. С. 47—53.
7. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик — ключові питання сучасної медицини / Фадєєнко Г. Д., Гріднев О. Є., Несен А. О. [та ін.] // Український терапевтичний журнал. 2013. № 1. С. 102—107.
8. Маркова М. В., Бабич В. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия. Спец. выпуск. 2008. № 243. С. 71—74.
9. Психосоціальний стрес та негативний вплив макроекономічних чинників як складова розвитку хвороб системи кровообігу / Маркова М. В., Бабич В. В., Степанова Н. М. [та ін.] // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2008. № 4. С. 336—348.
10. Біловол О. М., Панченко М. С., Кіча Н. В., Кравченко І. М. Медико-психологічні фактори в прогнозуванні серцево-судинного ризику // Український журнал екстремальної медицини ім. Г. О. Можая. 2016. Т. 18, № 4. С. 10—16.

11. White N. D., Lenz T. L., Smith K. Tool guide for lifestyle behavior change in a cardiovascular risk reduction program. // Psychol Res Behav Manag. 2013. Vol. 19, No. 6. P. 55—63. DOI: 10.2147/PRBM.S40490.
12. Niewada M., Michel P. Lifestyle modification for stroke prevention: facts and fiction // Curr Opin Neurol. 2016. Vol. 29(1). P. 9—13. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000285.
13. Altenhöner T., Philippi M., Böcken J. Health behavior and changes in health behavior — are education and social status relevant? // Gesundheitswesen. 2014. Vol. 76(1). P. 19—25. DOI: 10.1055/s-0033-1333729.
14. Hamood H., Hamood R., Green M. S., Almog R. Determinants of adherence to evidence-based therapy after acute myocardial infarction // Eur J Prev Cardiol. 2016. Vol. 23(9). P. 975—85. DOI: 10.1177/2047487315597209.
15. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: A meta-analysis / Du L., Cheng Z., Zhang Y. [et al.] // Eur J Prev Cardiol. 2017. Vol. 24(9). P. 962—970. DOI: 10.1177/2047487317695628.
16. Hussain S., Jamal S. Z., Qadir F. Medication Adherence In Post Myocardial Infarction Patients // J Ayub Med Coll Abbottabad. 2018. Vol. 30(4). P. 552—557. URL: <http://www.jamc.ayubmed.edu.pk>. 552.

Надійшла до редакції 04.04.2019 р.

ЯВОРСЬКА Тетяна Петрівна, кандидат медичних наук, лікар Харківської обласної клінічної лікарні — центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, Харків, Україна

YAVORSKA Tetiana, MD, PhD, Physician of the Kharkiv Regional Clinical Hospital, an Emergency Medical Assistance and Disaster Medicine Center, an Assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine