

Національний університет фізичного виховання і спорту України
Україна, 03150, м. Київ, вул. Фізкультури 1
Тел.: +380638335443
E-mail: s.babak.s.1234@gmail.com

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє не-обмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 06.05.2026 року
Стаття прийнята до друку 19.08.2026 року
Опубліковано 29.09.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-3-182-22-31

УДК 616.12-008.46:159.9:316.6

¹Борисюк І. Ю., ²Шевчук О. К., ³Сніцар Є. В.

ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ВОЄННОГО СТРЕСУ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

¹Міжнародний університет (м. Одеса, Україна)

²Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця, Україна)

³Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут
імені Ігоря Сікорського» (м. Київ, Україна)

borisyuk.kaynova@gmail.com

Хронічна серцева недостатність спричиняє істотні обмеження життєдіяльності, а тривалий воєнний стан додатково ускладнює перебіг хвороби та повсякденне функціонування пацієнтів. За таких умов особливого значення набуває комплексний аналіз медичних і психосоціальних чинників, які формують їхнє самопочуття. Мета – узагальнити сучасні докази щодо змін якості життя дорослих із серцевою недостатністю за наявності тривалого стресового навантаження, пов'язаного з воєнними подіями. Здійснено систематичний пошук та відбір оригінальних клінічних досліджень відповідно до попередньо визначеної моделі PICOS (Population – популяція; Intervention/Exposure – втручання/вплив; Comparison – порівняння; Outcomes – результати; Study design – дизайн дослідження) та рекомендацій PRISMA 2020. Аналіз охоплював показники якості життя, симптомне навантаження, функціональні обмеження, емоційний стан і соціальні детермінанти. Особливу увагу приділено відмінностям між пацієнтами залежно від інтенсивності стресового впливу, доступності допомоги та ресурсів адаптації. Сукупні результати свідчать про взаємозв'язок фізичних симптомів, психоемоційних порушень і соціальної вразливості. Неприятливі умови проживання, вимушене переміщення, переривання медичного супроводу та обмеження підтримки можуть посилювати функціональні труднощі й суб'єктивне погіршення добробуту. Якість життя пацієнтів із серцевою недостатністю доцільно розглядати як комплексний показник, чутливий до одночасної дії соматичних і соціально-середовищних чинників. Моніторинг має бути регулярним і поєднувати клінічну, психологічну та соціальну оцінку, що дає змогу своєчасно визначати групи підвищеного ризику та адаптувати реабілітаційні стратегії. Особливої актуальності набувають забезпечення безперервності лікування, психологічний супровід та сприяння соціальній інтеграції пацієнтів.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, якість життя, воєнні події, стресове навантаження, психосоціальні чинники, функціональні обмеження, медична допомога, адаптація, реабілітація, систематичний огляд.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Дослідження виконано з власної ініціативи авторів і не пов'язане з виконанням планової науково-дослідної роботи. Результати систематичного огляду розширюють наукові уявлення про взаємозв'язок серцевої недостатності, воєнного стресу та психосоціальних детермінант, а також обґрунтовують необхідність удосконалення комплексного медичного супроводу.

Вступ.

Хронічна серцева недостатність (далі – ХСН) є одним із найпоширеніших серцево-судинних за-

хворювань із тривалим прогресуючим перебігом, обмеженням фізичної активності, частими декомпенсаціями та потребою в постійному медичному спостереженні. Її вплив не обмежується гемодинамічними та структурно-функціональними порушеннями, а поширюється на повсякденну активність, психологічний стан, соціальне функціонування та здатність пацієнта підтримувати звичний спосіб життя. Отже, якість життя є важливим показником стану пацієнтів із ХСН та одним із критеріїв ефективності лікування поряд із клінічними й лабораторними показниками.

Особливого значення ця проблема набуває в Україні в умовах тривалого воєнного стресу. Постій-

на загроза життю, повітряні тривоги, вибухи, втрати, вимушене переміщення, соціально-економічна нестабільність, порушення сну й обмеження доступу до медичної допомоги формують тривале психоемоційне навантаження. На відміну від короткочасної стресової реакції, тривалий стрес характеризується повторюваною дією стресорів і недостатнім відновленням, що може погіршувати перебіг ХСН, прихильність до лікування, фізичну активність, сон та якість життя.

Сучасні дослідження ХСН переважно зосереджені на патогенезі, гемодинамічних порушеннях, біомаркерах, коморбідних станах, розладах серцевого ритму та клінічних наслідках захворювання. Водночас психоемоційні чинники, зокрема тривога, депресія та стрес, дедалі частіше розглядаються як важливі модифікатори перебігу ХСН, проте їхній вплив на якість життя пацієнтів в умовах тривалого воєнного стресу недостатньо систематизований. Додатково необхідно враховувати, що значну частину наявних досліджень здійснено за відносно стабільних соціально-економічних умов, що обмежує можливість безпосередньої екстраполяції їхніх результатів на пацієнтів, які тривалий час перебувають під впливом воєнних стресорів, порушення доступу до медичної допомоги та соціальної нестабільності.

Отже, виникає необхідність узагальнити наявні дані про взаємозв'язок ХСН, психоемоційного навантаження та якості життя, визначити найбільш уразливі компоненти функціонування пацієнтів і встановити, які клінічні та психосоціальні чинники можуть бути пов'язані з погіршенням їхнього стану.

Патогенетичні засади ХСН розглянуто в публікації [1]. У ній систематизовано основні механізми розвитку та прогресування ХСН, зокрема нейрогуморальну активацію, гемодинамічні порушення та структурно-функціональну перебудову міокарда. Ці механізми важливі для розуміння можливого впливу тривалого стресу, однак психологічні та соціальні чинники в зазначеній роботі не розглядаються як самостійні модифікатори перебігу захворювання.

Прогностичні аспекти ХСН розглянуто в публікаціях [2, 3]. У першій роботі визначено прогностичне значення коріну, а в другій узагальнено теоретичні та практичні аспекти застосування біомаркерів при ХСН. Ці дослідження поглиблюють уявлення про біологічні механізми прогнозування, однак не охоплюють психоемоційні чинники та їхній можливий взаємозв'язок із якістю життя.

Вплив коморбідних станів на перебіг ХСН розглянуто в публікаціях [4, 5]. Дослідження присвячені застосуванню левотироксину та прогнозуванню несприятливого перебігу ХСН у пацієнтів із тиреоїдною патологією. Отримані результати підтверджують важливість супутніх захворювань для клінічного прогнозування, проте їхній поєднаний вплив із психоемоційним навантаженням на якість життя пацієнтів досі залишається недостатньо вивченим.

Зв'язок ХСН із фібриляцією передсердь проаналізовано в публікації [6]. Поєднання цих станів асоціюється зі збільшенням клінічного навантаження та погіршенням функціонального стану. За даними холтеровського моніторування оцінено порушення ритму в пацієнтів із ХСН та фібриляцією передсердь [7]. Це дослідження висвітлює переважно об'єктивні клінічні параметри, залишаючи поза увагою їхній зв'язок із

психологічним станом та суб'єктивним сприйняттям хвороби.

Психосоціальний аспект ХСН розглянуто шляхом оцінювання якості життя пацієнтів із фібриляцією передсердь залежно від фенотипу захворювання [8]. Виявлені відмінності підтверджують важливість суб'єктивної оцінки здоров'я нарівні з клінічними характеристиками. Водночас інтегральний показник якості життя не дає змоги виокремити специфічний внесок тривалого психоемоційного стресу.

Біологічні механізми прогресування ХСН розглянуто в публікаціях [9, 10] з оцінюванням мозкового натрійуретичного пептиду, NT-proBNP, галектину-3 та sST-2, а також значення галектину-3 як маркера фіброзу міокарда. Ці результати є важливими для характеристики структурно-функціональних змін у пацієнтів із ХСН, проте не дають змоги оцінити роль психоемоційного навантаження.

Психологічний компонент ХСН розглянуто в публікації [11]. Психологічний стрес охарактеризовано як потенційно модифікований чинник перебігу ХСН, пов'язаний із симптомним навантаженням, функціональним станом та якістю життя. Водночас взаємозв'язок є двонапрямним: не лише стрес може погіршувати перебіг ХСН, а й сама хвороба створює значне психологічне навантаження на пацієнта.

У дослідженні якості життя пацієнтів із ХСН продемонстровано, що тяжкість клінічного стану не завжди визначає суб'єктивну оцінку здоров'я та рівня функціонування пацієнтів [12]. Водночас підкреслено значення повсякденного функціонування як одного з важливих результатів сучасного лікування ХСН [13].

Джерела [14–17] відібрано для систематичного огляду з урахуванням визначених критеріїв прийнятності та їхнього значення для окремих аспектів досліджуваної проблематики. На прикладі COVID-19 та пандемічного грипу A(H1N1) висвітлено вплив значущих стресогенних чинників на стан здоров'я, що дає підстави залучити ці результати для характеристики психосоціального й клінічного контексту кризових умов [14]. Аналіз уродинамічних порушень дає змогу характеризувати окремі клінічні прояви й функціональні обмеження, які погіршують повсякденну життєдіяльність пацієнтів [15]. Прогностична модель для пацієнтів з інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2-го типу є джерелом для оцінювання взаємозв'язку серцево-судинних і метаболічних чинників із клінічним прогнозом [16]. Дослідження профілактики передчасного старіння шкіри має опосередковане значення для аналізу впливу стресових та середовищних чинників на стан здоров'я [17]. Проте зазначені роботи не містять безпосередніх даних про пацієнтів із ХСН, тривалий воєнний стрес і якість життя, тому їхні результати слугують не основним джерелом доказів для остаточних показників огляду, а лише підґрунтям для контекстуалізації окремих чинників, передбачених протоколом дослідження.

Отже, сучасні дослідження підтверджують багатфакторний характер якості життя в пацієнтів із ХСН. На неї впливають тяжкість захворювання, функціональний стан, коморбідність, тривога, депресія, соціальна підтримка, самообслуговування та доступність медичної допомоги. Водночас більшість досліджень психологічних чинників здійснено поза умовами тривалого воєнного стресу.

Воєнний стрес має специфічний характер: він є тривалим, повторюваним, зовнішнім і переважно неконтрольованим. У пацієнтів із ХСН його вплив може бути як безпосереднім (через психофізіологічне напруження), так і опосередкованим – через розлади сну, зниження фізичної активності, погіршення прихильності до лікування та обмеження доступу до медичної допомоги.

Отже, наявна доказова база достатньо характеризує соматичні, біомаркерні та клінічні аспекти ХСН, а також окремі психологічні чинники якості життя. Проте недостатньо систематизованими є дані щодо того, як тривале психоемоційне навантаження, зокрема пов'язане з воєнними подіями, позначається на фізичному, психологічному та соціальному функціонуванні пацієнтів із ХСН. Саме ця нерозв'язана проблема зумовлює необхідність систематичного аналізу оригінальних клінічних досліджень та здійснення відповідного огляду.

Мета дослідження.

Оцінити рівень і динаміку показників якості життя дорослих пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю в умовах тривалого воєнного стресу на основі аналізу оригінальних клінічних досліджень із застосуванням валідованих інструментів та врахуванням клінічних, психологічних і соціальних чинників.

Об'єкт і методи дослідження.

Об'єктом дослідження є якість життя дорослих пацієнтів із ХСН у контексті тривалого воєнного стресу. Предметом дослідження – рівень і динаміка показників якості життя, фізичного, психологічного та соціального функціонування, а також їхні зв'язки з клінічними, психологічними та соціальними чинниками.

Критерії відбору сформовано відповідно до моделі PICOS (Population – популяція/учасники; Intervention/Exposure – втручання/вплив; Comparison – порівняння; Outcomes – результати/кінцеві показники; Study design – дизайн дослідження). До огляду залучено оригінальні клінічні, когортні та спостережні дослідження за участю дорослих пацієнтів із ХСН, у яких якість життя оцінювали за валідованими інструментами, зокрема MLHFQ, KCCQ та SF-36. Експозицією визначено тривалий воєнний стрес, а порівняння передбачало зіставлення показників між групами або часовими періодами. Основні результати – показники якості життя, фізичного, психологічного та соціального функціонування. Вилучали огляди, систематичні огляди, метааналізи, дослідження без чітко визначеної популяції пацієнтів із ХСН або без оцінювання якості життя. Пошук літератури здійснювали в базах даних PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science та Google Scholar за період 2020–2026 рр. Для PubMed/MEDLINE використовували пошуковий запит: («heart failure» OR «chronic heart failure» OR «congestive heart failure») AND («quality of life» OR QoL OR HRQoL) AND (stress OR psychological stress OR emotional stress OR war OR armed conflict OR military conflict OR displacement). Застосовували фільтри: Humans, Adults (≥18 years), English, Ukrainian, період публікації 2020–2026 рр. У Scopus використовували пошуковий запит: TITLE-ABS-KEY («heart failure» OR «chronic heart failure») AND TITLE-ABS-KEY («quality of life» OR QoL OR HRQoL) AND TITLE-ABS-KEY (stress OR depression OR anxiety OR war OR armed conflict). Обмеження: статті в рецензованих виданнях англійською або українською мовою за період 2020–2026 рр. Для Web of Science застосовували пошуковий запит: TS=(«heart failure» OR «chronic heart failure») AND TS=(«quality of life» OR QoL OR HRQoL) AND TS=(stress OR depression OR anxiety OR war OR armed conflict). Критерії обмеження передбачали вибір оригінальних досліджень, опублікованих англійською або українською мовами за період 2020–2026 рр. У пошуковій системі Google Scholar застосовували такі комбінації ключових слів: «heart failure», «quality of life» stress, «chronic heart failure» war stress, «heart failure» depression anxiety quality of life. Проаналізовано перші результати пошуку, релевантні темі дослідження, з обмеженням за часовим інтервалом (2020–2026).

Відбір досліджень здійснювали відповідно до рекомендацій PRISMA 2020 у два етапи: первинний скринінг назв та анотацій і подальше оцінювання повних текстів. На кожному етапі відбір незалежно проводили два рецензенти. У разі розбіжностей рішення ухвалювали шляхом обговорення та досягнення консенсусу. За неможливості досягти узгодження залучали третього рецензента. Етапи пошуку, вилучення дублікатів, скринінгу та остаточного відбору досліджень відображено на діаграмі потокового відбору PRISMA 2020.

За допомогою стандартизованої форми вилучали такі дані: авторів і рік публікації, країну здійснення дослідження, його дизайн і чисельність вибірки, характеристики пацієнтів із ХСН, інструменти оцінювання якості життя, тривалість спостереження та кількісні результати. Дані незалежно перевіряли два рецензенти. Розбіжності усували шляхом повторної перевірки першоджерела та досягнення консенсусу. Ризик систематичної помилки оцінювали відповідно до дизайну дослідження: для рандомізованих контрольованих досліджень застосовували RoB 2 за п'ятьма доменами – процес рандомізації, відхилення від запланованих втручань, пропущені дані, вимірювання результатів і вибір повідомленого результату; для когортних досліджень – Newcastle – Ottawa Scale (NOS) з оцінюванням селекції, порівнюваності груп та визначення результатів. Результати оцінювання за відповідними доменами та загальна оцінка наведені в таблиці 1. Поперечні дослідження та вторинні аналізи, для яких зазначені інструменти не є валідованими, розглядали з урахуванням обмежень їхнього дизайну без формального перенесення оцінок RoB 2 або NOS. Згідно з таблиці 1, більшість оцінених досліджень характеризувалася низьким або помірним ризиком систематичної помилки, що вказує на загалом оптимальну методологічну якість доказової бази. У дослідженні [18] за всіма доменами RoB 2 визначено низький ризик, тоді як у інших дослідженнях окремі застереження стосувалися переважно відхилень від запланованого втручання, неповноти даних та вимірювання результатів. Когортні дослідження також продемонстрували високу методологічну якість за NOS (7–8 балів із 9). Отже, виявлені методологічні обмеження не мають системного характеру, однак їх доцільно враховувати під час інтерпретації узагальнених результатів огляду.

З огляду на клінічну та методологічну неоднорідність залучених досліджень, що відрізнялися за характеристиками пацієнтів, дизайном, тяжкістю ХСН, інструментами оцінювання якості життя, характерис-

Таблиця 1 – Результати оцінювання ризику систематичної помилки в залучених дослідженнях

Дослідження	Дизайн	Інструмент	D1	D2	D3	D4	D5	Загальна оцінка
E.A. Jankowska et al., 2021 [18]	РКД	RoB 2	Низький ризик	Низький ризик	Низький ризик	Низький ризик	Низький ризик	Низький ризик
J. Butler et al., 2022 [19]	РКД	RoB 2	Низький ризик	Певні застереження	Низький ризик	Певні застереження	Низький ризик	Певні застереження
A. M. Victoria-Castro et al., 2024 [20]	Рандомізоване дослідження	RoB 2	Низький ризик	Певні застереження	Певні застереження	Певні застереження	Низький ризик	Певні застереження
I. Johansson et al., 2021 [21]	Когортне	NOS	4/4	2/2	2/3	—	—	8/9
C. D. McNoughton et al., 2022 [22]	Когортне	NOS	3/4	2/2	2/3	—	—	7/9
C. Settergren et al., 2025 [23]	Когортне	NOS	4/4	2/2	2/3	—	—	8/9

Примітки: джерело: авторська розробка.

тиками воєнного стресу та тривалістю спостереження, кількісний метааналіз не здійснювали. Результати синтезували методом структурованого наративного аналізу з табличним поданням основних характеристик і результатів окремих досліджень.

Дослідження групували за дизайном, характеристиками популяції, типом і тяжкістю ХСН, характером стресового впливу, інструментами оцінювання якості життя та тривалістю спостереження. Окремо узагальнювали дані щодо фізичного, психологічного та соціального компонентів якості життя, а також взаємозв'язки між якістю життя та клінічними, психологічними й соціальними чинниками.

Виявлені відмінності між результатами інтерпретували з урахуванням розміру вибірки, дизайну дослідження, характеристик учасників, тривалості спостереження, методів оцінювання якості життя та ризику систематичної помилки. Особливу увагу приділяли відмінності між безпосередніми даними щодо пацієнтів із ХСН і непрямими доказами впливу воєнного стресу, отриманими в загальній популяції.

Аналіз чутливості не здійснювали, оскільки кількісний статистичний синтез не виконували. Відповідно, результати інтерпретували з урахуванням неоднорідності залучених досліджень та рівня їхньої методологічної якості.

Основна частина.

Результати відбору та характеристики залучених досліджень

Відповідно до мети огляду здійснено пошук оригінальних досліджень, у яких оцінювали якість життя, функціональний стан, психоемоційні чинники та клінічні характеристики пацієнтів із серцевою недостатністю в контексті тривалого психологічного або воєнного стресу. У базах даних ідентифіковано 20 записів; додаткових джерел не виявлено

(n=0). Оскільки дублікатів не було, до скринінгу назв та анотацій залучено всі 20 записів. На цьому етапі жодної публікації не відсіяно, тому всі 20 праць спрямовано на повнотекстове оцінювання. За результатами аналізу повних текстів усі 20 публікацій відповідали визначеним критеріям та ввійшли до фінального синтезу. З-поміж них 17 досліджень присвячено пацієнтам із серцевою недостатністю (оцінювали якість життя, функціональний стан, психоемоційні чинники або клінічні характеристики), а 3 дослідження стосувалися загального впливу воєнного стресу на психоемоційний стан та якість життя населення. Основні

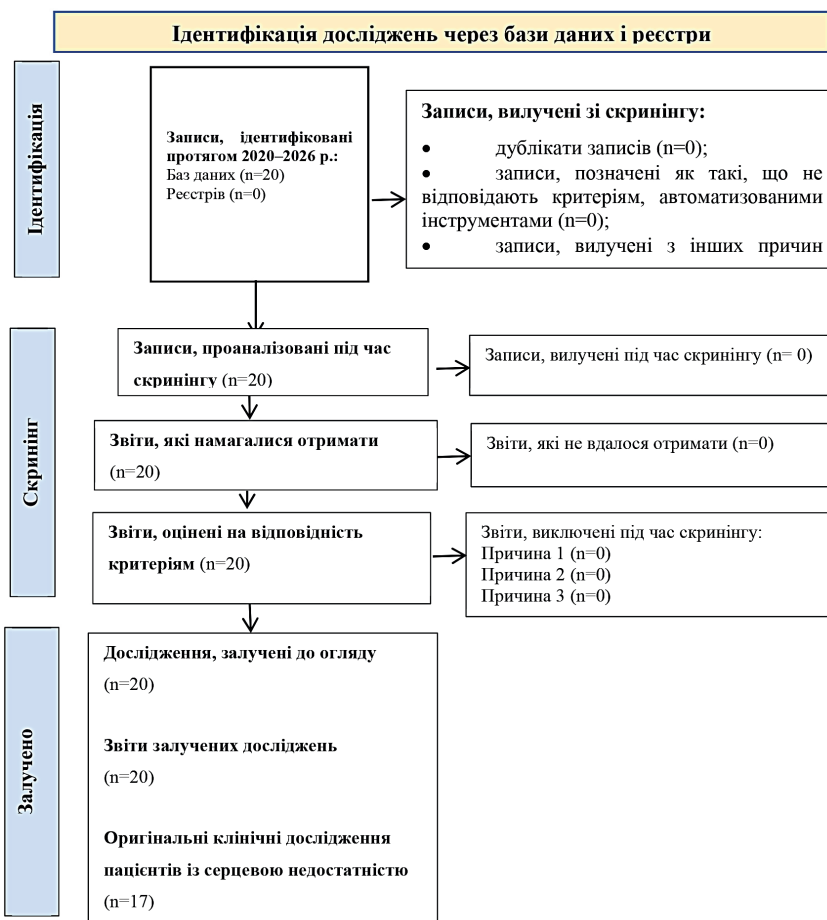


Рисунок – Блок-схема процесу відбору досліджень відповідно до рекомендацій PRISMA 2020.

Примітки: джерело: [38].

Таблиця 2 – Характеристики залучених досліджень щодо

Автор, рік	Країна	Дизайн	Кількість пацієнтів	Характеристика пацієнтів із ХСН
I. Johansson et al., 2021 [21]	40 країн (G-CHF)	Міжнародне когортне дослідження	23 000	Вік – 65 років; чоловіки 61%; NYHA III–IV 40%; ФВ ЛШ $\geq 40\%$ у 46%
I. Johansson et al., 2022 [24]	40 країн	Поперечне дослідження реєстру G-CHF	23 292	Середній вік – 63 роки; NYHA III–IV 40%; чоловіки 61%
B. Roy et al., 2020 [25]	США, Нідерланди	Міжнародне поперечне дослідження	367	Пацієнти з ХСН
L. K.Truby et al., 2020 [26]	США	Вторинний аналіз клінічного дослідження	150	Прогресуюча СН; жінки – 71, чоловіки – 79
F. Dellafiore et al., 2021 [27]	Італія	Поперечне дослідження	97	Пацієнти з СН
R.A.Alemoush et al., 2021 [28]	Йорданія	Поперечне дослідження	127	Пацієнти з СН різного NYHA
M. Patrick et al., 2022 [29]	США	Поперечне дослідження	85	Пацієнти похилого віку з СН
R.A. Chernoff et al., 2022 [30]	США та інші країни	Систематичний огляд і метааналіз; 23 дослідження, з них 15 залучено до метааналізу	1370	Дорослі пацієнти з ХСН, залучені до досліджень психосоціальних втручань
C.D. McNaughton et al., 2022 [22]	США, Росія, Західна Європа	Аналіз реєстру REPORT-HF	4606	Вік – 69 років; жінки 40%; ФВ ЛШ $<40\%$ – 34%
E.A. Jankowska et al., 2021 [18]	Міжнародне AFFIRM-AHF	РКД	1058	Гостра СН + дефіцит заліза
J. Butler et al., 2022 [19]	Міжнародне VICTORIA	РКД	5050	HFref
A.M. Victoria-Castro et al., 2024 [20]	США	Рандомізоване цифрове втручання	151	Пацієнти з СН
M.O. Alanazi et al., 2025 [31]	США	Поперечне дослідження	108	Пацієнти з СН
A. Thapa et al., 2025 [32]	США	Вторинний аналіз	167	Особи з СН
C. Chen et al., 2025 [33]	Китай	Поперечне дослідження	277	Пацієнти з СН
A. Tsami et al., 2025 [34]	Греція	Поперечне дослідження «пацієнт – доглядальник»	340+340	Пацієнти із СН та доглядальники
C. Settergren et al., 2025 [23]	Швеція	Реєстрове когортне дослідження	40 809	HFref, HFmrEF, HFpEF
G.P. Griban et al., 2025 [35]	Україна	Поперечне дослідження	159	Населення України в умовах воєнного стану
V. Pavlenko et al., 2024 [36]	Україна	Поперечне дослідження	1768	Українські студентки в умовах війни
A. Kalaitzaki et al., 2024 [37]	11 країн	Міжнародне поперечне дослідження	5560	Населення, постраждале від війни

Примітки: джерело: авторська розробка [19–37].

характеристики залучених праць, зокрема дизайн, чисельність вибірки, характеристика пацієнтів, інструменти оцінювання якості життя, тривалість спостереження та основні кількісні результати, наведено в таблиці 2. Схему відбору публікацій за рекомендаціями PRISMA 2020 подано на **рисунку**.

Для визначення закономірностей змін якості життя пацієнтів із ХСН в умовах тривалого психосоціального навантаження проаналізовано оригінальні клінічні дослідження, у яких оцінено вплив клінічних, психологічних і соціальних чинників на стан здоров'я, функціонування та повсякденну активність пацієнтів. Особливу увагу приділено чинникам, актуальним в умовах тривалого воєнного стресу: тривозі, депресивним проявам, обмеженню доступу до медичної допомоги та змінам соціального середовища.

У дослідженнях застосовували стандартизовані інструменти оцінювання якості життя, зокрема Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, Short Form-36 Health Survey та EuroQol-5D. Якість життя розглядали не лише як суб'єктивний показник стану пацієнта, а і як можливий прогностичний маркер госпіталізації та смертності.

До аналізу залучено міжнародні когортні, реєстрові, рандомізовані контрольовані та поперечні дослідження, а також метааналізи. Узагальнені характеристики досліджень, методи оцінювання, обсяг вибірок та основні результати наведено в **таблиці 2**.

Згідно з даними **табл. 2**, якість життя пацієнтів із ХСН залежить від сукупності клінічних, функціональних, психоемоційних і соціальних чинників. Дані сучасних досліджень свідчать, що її зниження пов'язане не лише з тяжкістю серцевої недостатності, а й із психологічним дистресом, соціальною нестабільністю та обмеженням можливостей самодогляду.

Наймасштабніші результати отримано в межах Global Congestive Heart Failure Study, що охопило близько 23 000 пацієнтів із 40 країн. Середній показник KCCQ-12 становив 55 балів, з істотними регіональними відмінностями: від 39,5 бала в країнах Африки до 62,5 бала в Західній Європі. Зниження KCCQ-12 на 10 балів асоціювалося зі збільшенням ризику смерті на 18% (HR 1,18; 95% ДІ 1,17–1,20) [21]. Аналіз цієї ж когорти засвідчив, що тяжкість симптомів є одним із провідних детермінант якості життя: порівняно з пацієнтами I–II функціонального класу показник KCCQ-

оцінювання якості життя пацієнтів із ХСН під впливом тривалого воєнного стресу

Інструмент QoL	Тривалість спостереження	Основні результати (числові показники)
KCCQ-12	Базове оцінювання + клінічні події	Смерть – 4460 (19%); госпіталізація з приводу СН – 3885 (17%). Зниження KCCQ-12 на 10 балів: HR смерті 1,18 (95% ДІ 1,17–1,20). Середній KCCQ: Африка 39,5±0,3; Західна Європа 62,5±0,4
KCCQ-12	Одноразове оцінювання	Середній KCCQ-12=55±27. Високий дохід країн: 62,5; середній: 56,8; низький: 48,6; найнижчий: 38,5 бала ($p<0,0001$). NYHA III знижував KCCQ на 12,1 бала, NYHA IV – на 16,5 бала
QoL questionnaire	Одноразове	Чинники QoL пояснювали 49% варіабельності в США та 53% у Нідерландах. Значущими були фінансовий стан, фізичне здоров'я, незалежність і резиліентність
KCCQ, FACIT-Pal	6 місяців	Базовий KCCQ: жінки 24,5 проти чоловіків 36,2 ($p=0,04$). Через 6 міс. після паліативного втручання: чоловіки 68,0 проти 41,1 бала без втручання ($p=0,047$)
MLHFQ	Одноразове	Депресія об'єктивно погіршувала фізичний і психічний компоненти QoL; взаємність «пацієнт – доглядальник» позитивно впливала на фізичний домен
SF-36	Одноразове	Тривога – 56,7%; депресія – 47,3%. Модель PCS пояснила 78,4% варіації QoL, MCS – 76,1%. Депресія знижувала PCS на 0,398, MCS на 0,346 бала
KCCQ-12	Одноразове	Поєднання високої тривоги/депресії та гіршої QoL асоціювалося зі зниженням самоогляду ($p<0,001$)
Різні шкали QoL	Після завершення втручання; тривалість залежала від первинного дослідження	Депресія: SMD –0,41 (95% ДІ –0,66––0,17; $p=0,001$); тривожність: SMD –0,33 (95% ДІ –0,51––0,15; $p<0,001$); QoL: SMD 0,14 (95% ДІ –0,002–0,29; $p=0,053$). Когнітивно-поведінкова терапія асоціювалася з покращенням QoL
KCCQ	6 місяців	Через 6 міс.: KCCQ>75 – 28%; KCCQ≤50 – 43%; смертність – 12%
KCCQ-12	52 тижні	Базовий KCCQ-OSS: 38,7±0,9 (FCM) і 37,1±0,8 (плацебо). Через 24 тижні різниця OSS +3,0 бала ($p=0,028$), CSS +2,9 бала ($p=0,035$)
KCCQ-OSS/CSS/TSS	32 тижні	Базові показники: OSS 59,9; CSS 65,6; TSS 68,8. Через 16 тижнів покращення CSS +6,3 бала в обох групах; відмінності незначущі ($p=0,69$)
KCCQ-12	90 днів	Зміна TSS: +4,2 проти –1,0 бала ($p=0,006$); CSS: +2,8 проти –3,1 ($p=0,002$)
HRQoL	Одноразове	Активне емоційне подолання: фізична QoL $r=-0,283$ ($p=0,005$); емоційна QoL $r=-0,373$ ($p<0,001$)
MLHFQ	Одноразове	Соціальна підтримка покращувала QoL через зменшення тривоги й депресії; ефект залежав від рівня самоогляду
QoL questionnaire	Одноразове	Страх прогресування хвороби мав значущий непрямий негативний вплив на QoL через депресію, тривогу та резиліентність
MLHFQ, SF-36	Одноразове	У пацієнтів: тривога 81,3%, депресія 77,5%. Депресія погіршувала QoL на 6,49 бала, тривога – на 5,58 бала
EQ-5D-VAS	2000–2021 рр.	QoL: найкраща – 29%, добра – 41%, погана – 25%, найгірша 5%. Найгірша QoL: смертність HFrEF HR 1,97; HFmrEF HR 1,77; HFpEF HR 1,43
Авторська анкета QoL	2023–2024	Незадоволені здоров'ям – 51,6%; погіршення житла – 34,6%; задоволеність фінансами ↓ з 52,8% до 37,7%; QoL ↓ з 76,1% до 31,5%
Шкали депресії та QoL	Одноразове	Вищий рівень воєнного впливу асоціювався з вищим рівнем депресії та нижчою QoL
PTSD, стрес, депресія	Одноразове	Українці мали найвищі показники PTSD/CPTSD, тривоги та стресу серед усіх груп; воєнні чинники об'єктивно погіршували психічне здоров'я

12 був нижчим на 12,1 бала при III та на 16,5 бала при IV класі [24].

Важливе значення мають соціальні та психологічні детермінанти. У міжнародному дослідженні за участю 367 пацієнтів із США та Нідерландів фінансовий стан, фізичне здоров'я, незалежність і психологічна стійкість пояснювали 49% варіабельності якості життя в США та 53% у Нідерландах [25]. Статеві відмінності також впливають на показники якості життя: серед пацієнтів із прогресувальною серцевою недостатністю у жінок вихідні показники KCCQ виявилися нижчими, ніж у чоловіків [26].

Психоемоційний стан є ще одним вагомим компонентом. У дослідженні за участю 127 пацієнтів із серцевою недостатністю тривожні симптоми виявлено в 56,7%, депресивні – у 47,3%. Обидва чинники незалежно асоціювалися з погіршенням фізичного та психічного компонентів якості життя [28].

Подібні результати отримано в дослідженні, у якому депресія негативно впливала на якість життя, тоді як конструктивна взаємодія між пацієнтом та особою, яка надає догляд, мала сприятливий ефект [27]. Поєднання тривоги й депресії також асоціювалося зі зниженням здатності до самоогляду [29]. Водночас систематичний огляд і метааналіз засвідчи-

ли, що психосоціальні втручання, зокрема когнітивно-поведінкова терапія та програми управління стресом, здатні зменшувати прояви тривоги й депресії, хоча їхній вплив безпосередньо на якість життя є менш однозначним [30]. Отже, оптимізація психоемоційного стану має розглядатися разом із контролем симптомів і належною медичною та соціальною підтримкою.

Клінічний перебіг ХСН також безпосередньо пов'язаний із якістю життя. За даними реєстру REPORT-HF, через шість місяців після госпіталізації з симптомами гострої серцевої недостатності 43% пацієнтів мали KCCQ ≤50, а смертність становила 12% [22]. Водночас результати клінічних досліджень свідчать, що окремі лікувальні втручання покращують показники якості життя. У дослідженні AFFIRM-AHF застосування внутрішньовенного карбоксимальтозу заліза через 24 тижні забезпечило додаткове покращення загального показника KCCQ на 3,0 бала та клінічного компонента на 2,9 бала порівняно з плацебо [18]. У дослідженні VICTORIA, навпаки, верицигуат не продемонстрував статистично значущої переваги щодо динаміки якості життя [19].

Сучасні дані також підтверджують перспективність цифрових і поведінкових підходів. У рандо-

мізованому дослідженні цифрового втручання покращення загального показника KCCQ становило 4,2 бала порівняно зі зниженням на 1,0 бала у контрольній групі [20]. Дослідження стратегій подолання стресу показало зв'язок емоційного копінгю з показниками фізичної та емоційної якості життя [31]. Водночас соціальна підтримка сприяла її покращенню опосередковано, зокрема через зменшення тривоги та депресії [32]. Страх прогресування захворювання також негативно впливав на якість життя через психологічний дистрес і недостатню психологічну стійкість [33]. У дослідженні «пацієнт – доглядальник» високі рівні тривоги й депресії супроводжувалися істотним погіршенням якості життя [34].

Реєстрові дані підтверджують прогностичне значення цього показника. У когорті понад 40 тис. пацієнтів найгірша якість життя асоціювалася з підвищенням ризику смерті за різних фенотипів серцевої недостатності: HR становив 1,97 для HFrEF, 1,77 для HFmrEF та 1,43 для HFpEF [23].

Ці результати набувають особливого значення в умовах тривалого воєнного стресу. Дослідження українського населення в період воєнного стану продемонструвало зниження задоволеності якістю життя з 76,1% до 31,5%, а фінансовим становищем – з 52,8% до 37,7%; також 51,6% респондентів були незадоволені власним здоров'ям [35]. У молодих українців вищий рівень впливу війни також асоціювався з більш вираженими депресивними проявами та нижчою якістю життя [36]. Міжнародне дослідження за участю 5560 осіб із 11 країн засвідчило особливо високий рівень стресу, тривоги та симптомів PTSD/CPTSD серед населення України [37].

Отже, якість життя пацієнтів із ХСН є чутливим показником тяжкості захворювання та психосоціальної адаптації. Її погіршення пов'язане з вираженістю симптомів, тривогою й депресією, недостатньою соціальною підтримкою та несприятливим перебігом захворювання. В умовах воєнного стресу ці чинники взаємно посилюються. Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до ведення пацієнтів із ХСН, що поєднує оптимізацію лікування, психологічну підтримку, розвиток самоогляду та соціальну допомогу.

Обмеження огляду. Результати систематичного огляду свідчать про зростання симптомного навантаження, зниження фізичної активності, тривожні та депресивні прояви, пов'язані з погіршенням фізичного та емоційного компонентів якості життя. Водночас соціальна підтримка, збереження самостійності й доступність медичної допомоги сприяють кращій адаптації.

Тривалий воєнний стрес може посилювати несприятливі зміни через постійну невизначеність, порушення соціальних зв'язків, сну та доступу до медичної допомоги. Дослідження, здійснені під час війни в Україні, також вказують на погіршення психоемоційного благополуччя та суб'єктивної якості життя населення. Однак безпосередні дані щодо пацієнтів із ХСН є обмеженими, тому вплив воєнного

стресу неможливо повністю відокремити від природного перебігу захворювання.

Інтерпретацію результатів обмежують неоднорідність дизайнів і вибірок, різноманітність інструментів оцінювання якості життя, переважання обсерваційних досліджень та недостатня кількість довготривалих спостережень. Це ускладнює пряме порівняння результатів і встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Водночас сукупність даних підтверджує доцільність оцінювання якості життя разом із клінічними та психосоціальними показниками під час тривалого спостереження пацієнтів із ХСН.

Висновки.

Воєнний стрес є вагомим чинником погіршення якості життя пацієнтів із ХСН, оскільки поєднання соматичного навантаження захворювання з постійним психоемоційним напруженням посилює обмеження фізичної активності, зумовлює емоційний дискомфорт і знижує здатність до повсякденного функціонування.

Визначено, що динаміка показників якості життя в пацієнтів із ХСН формується під впливом взаємодії клінічних характеристик захворювання, функціонального стану серця, психологічних порушень і соціальних умов. Найбільш несприятливі зміни пов'язані з прогресуванням симптомів серцевої недостатності, високим функціональним класом, тривогою, депресивними проявами та зниженням можливостей самообслуговування.

Доведено, що якість життя пацієнтів із ХСН є не лише показником суб'єктивного стану, а й важливим прогностичним критерієм, який відображає ризик несприятливого перебігу захворювання та потребує систематичного оцінювання в клінічній практиці.

Встановлено, що психосоціальні чинники мають значний вплив на формування якості життя в умовах тривалого стресового навантаження. Підтримка близьких, ефективні стратегії подолання стресу та своєчасне виявлення емоційних розладів сприяють збереженню функціональної активності й покращенню сприйняття власного стану пацієнтами.

Обґрунтовано необхідність комплексного підходу до ведення пацієнтів із ХСН в умовах воєнного стресу, який має охоплювати не лише оптимізацію медикаментозної терапії, а й оцінювання психологічного стану, соціальної підтримки та чинників, що визначають повсякденну якість життя.

Перспективи подальших досліджень.

Появляють у здійсненні досліджуваних багатоцентрових досліджень для поглибленого вивчення довготривалого впливу воєнного стресу на перебіг ХСН та зміни показників якості життя. Важливим напрямом є визначення найбільш інформативних клінічних і психосоціальних предикторів погіршення стану пацієнтів, а також оцінювання ефективності комплексних програм реабілітації, що поєднують кардіологічну допомогу, психологічну підтримку та заходи соціальної адаптації. Отримані дані можуть слугувати підґрунтям для вдосконалення моделей персоналізованого ведення пацієнтів із серцевою недостатністю в умовах тривалих кризових впливів.

Література

1. Biletskyi SV, Petrynych OA, Kazantseva TV. Patohenez khronichnoi sertsevoi nedostatnosti (ohliad literatury). Bukovynskyi medychnyi visnyk. 2020;24(4):145-149. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIV.4.96.2020.117> [in Ukrainian].

2. Babichev DP, Rudyk YuS, Medentseva OO. Prohnostychnie znachennia korinu u khvorykh na khronichnu sertsevu nedostatnist. Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal. 2020;(1):76-82. DOI: <https://doi.org/10.30978/UTJ2020-1-76> [in Ukrainian].
3. Babichev DP, Rudyk YuS, Medentseva OO. Teoretychni ta praktychni aspekty zastosuvannya biomarkeriv pry khronichnii sertsevi nedostatnosti. Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal. 2021;(1):93-100. DOI: <https://doi.org/10.30978/UTJ2021-1-93> [in Ukrainian].
4. Pyvovar SM, Rudyk YuS, Panina LV. Moshlyvist zastosuvannya levotyrosynu u khvorykh iz sertsevoiu nedostatnistiu. Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal. 2021;(3):5-11. DOI: <https://doi.org/10.30978/UTJ2021-3-5> [in Ukrainian].
5. Pyvovar SM, Rudyk YuS, Panina LV. Prohnosuvannya nespryiatlyvoho perebihu sertsevoi nedostatnosti u khvorykh iz suputnoi tyreoidnoi patolohiiei. Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal. 2022;1-2:52-61. DOI: <https://doi.org/10.30978/UTJ2022-1-52> [in Ukrainian].
6. Karpenko Yul, Chen Ch. Kliniko-epidemiolohichni paraleli sertsevoi nedostatnosti ta fibryliatsii peredserd. Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny. 2022;(2):86-91. DOI: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2022.v.i2.13130> [in Ukrainian].
7. Kulaets NM. Kharakterystyka porushen rytmu sertsia za danymy kholterivskoho monitorynhu EKG u patsientiv iz sertsevoiu nedostatnistiu ta fibryliatsiiei peredserd. Bukovynskyi medychnyi visnyk. 2023;27(1(105)):7-12. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.2> [in Ukrainian].
8. Kulaets NM, Kulaets VM. Yakist zhyttia u khvorykh na fibryliatsiiu peredserd iz urakhuvanniam fenotypu sertsevoi nedostatnosti. Bukovynskyi medychnyi visnyk. 2023;27(3(107)):7-13. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.27.3.107.2023.1> [in Ukrainian].
9. Kulaets NM. Parametry hemodynamiky ta strukturni zminy miokarda u khvorykh na sertsevu nedostatnist ta fibryliatsiiu peredserd: rol mozkovoho natriuretychnoho peptydu, NT-proBNP, halektynu-3 ta sST-2. Bukovynskyi medychnyi visnyk. 2024;28(1(109)):9-15. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.28.1.109.2024.2> [in Ukrainian].
10. Kulaets NM. Biomarkery sertsevoi nedostatnosti: halektyn-3 — novyi suchasnyi biomarker fibrozu miokarda. Bukovynskyi medychnyi visnyk. 2025;29(2(114)):129-133. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.29.2.114.2025.21> [in Ukrainian].
11. Harris KM, Jacoby DL, Lampert R, Soucier RJ, Burg MM. Psychological stress in heart failure: a potentially actionable disease modifier. Heart Fail Rev. 2021;26(3):561-575. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10056-8>
12. Ventoulis I, Kamperidis V, Abraham MR, Bouladakis A, Tsioukris E, et al. Differences in health-related quality of life among patients with heart failure. Medicina. 2024;60(1):109. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina60010109>
13. Major K, Bodys-Pelka A, Grabowski M, Lelonek M. Quality of life in heart failure: new data, new drugs and devices. Cardiol J. 2024;31(1):156-167. DOI: <https://doi.org/10.5603/cj.92243>
14. Hradil HI, Hubina-Vakulyk HI, Yurko KV, Nartov PV, Lukashova OP, Khalusheva YuB. COVID-19, pandemichnyi hryp A(H1N1): klinichni ta patolohoanatomichni porivniannia. Infektsiini khvoroby. 2023;(3):15-27. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2023.3.14197> [in Ukrainian].
15. Dekhtiar YM, Kostyev FI, Zacheslavsky OM, Kuznetsov DO. Urodynamic characteristics of lower urinary tract of patients with idiopathic overactive bladder. Urol Ann. 2019;11(1):83-86. DOI: https://doi.org/10.4103/ua.ua_37_18
16. Koteliukh MY, Dorosh OH. Predictive model for early complications of acute myocardial infarction in patients with type 2 diabetes mellitus. Biomed Res Ther. 2022;9(2):4892-4900. DOI: <https://doi.org/10.15419/bmrat.v9i2.729>
17. Savchenko US. Prevention of premature skin aging through the use of bioactive forms of vitamin C with hyaluronate. Am J Med Sci Pharm Res. 2025;7(8):51-55. DOI: <https://doi.org/10.37547/tajmspr/Volume07Issue08-08>
18. Jankowska EA, Kirwan BA, Kosiborod M, Butler J, Anker SD, McDonagh T, et al. The effect of intravenous ferric carboxymaltose on health-related quality of life in iron-deficient patients with acute heart failure: the results of the AFFIRM-AHF study. European Heart Journal. 2021;42(31):3011-3020. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab234>
19. Butler J, Stebbins A, Melenovsky V, Sweitzer NK, Cowie MR, Stehlik J, et al. Vericiguat and Health-Related Quality of Life in Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: Insights From the VICTORIA Trial. Circulation: Heart Failure. 2022;15(6):e009337. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.009337>
20. Victoria-Castro AM, Martin ML, Yamamoto Y, Melchinger H, Weinstein J, Nguyen A, et al. Impact of Digital Health Technology on Quality of Life in Patients With Heart Failure. JACC: Heart Failure. 2024;12(2):336-348. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2023.09.022>
21. Johansson I, Joseph P, Balasubramanian K, McMurray JJV, Lund LH, Ezekowitz JA, et al. Health-Related Quality of Life and Mortality in Heart Failure: The Global Congestive Heart Failure Study of 23 000 Patients From 40 Countries. Circulation. 2021;143(22):2129-2142. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050850>
22. McNaughton CD, McConnachie A, Cleland JG, Spertus JA, Angermann CE, Duklas P, et al. Quality of life assessed six months after hospitalisation for acute heart failure: An analysis from REPORT-HF. European Journal of Heart Failure. 2022;24(6):1020-1029. DOI: <https://doi.org/10.1002/ehf.2508>
23. Settergren C, Benson L, Dahlström U, Thorvaldsen T, Savarese G, Lund LH, et al. Health-related quality of life across heart failure categories: associations with clinical characteristics and outcomes. ESC Heart Failure. 2025;12(3):1977-1991. DOI: <https://doi.org/10.1002/ehf2.15206>
24. Johansson I, Balasubramanian K, Bangdiwala S, Mielniczuk L, Hage C, Sharma SK, et al. Factors associated with health-related quality of life in heart failure in 23,000 patients from 40 countries: Results of the G-CHF Research Program. European Journal of Heart Failure. 2022;24(9):1478-1490. DOI: <https://doi.org/10.1002/ehf.2535>
25. Roy B, Wolf JRLM, Carlson MD, Akkermans R, Bart B, Batalden P, et al. An international comparison of factors affecting quality of life among patients with congestive heart failure: A cross-sectional study. PLOS ONE. 2020;15(4):e0231346. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231346>
26. Truby LK, O'Connor C, Fiuzat M, Stebbins A, Coles A, Patel CB, et al. Sex Differences in Quality of Life and Clinical Outcomes in Patients With Advanced Heart Failure. Circulation: Heart Failure. 2020;13(4):e006134. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006134>
27. DellaFiore F, Arrigoni C, Paipella F, Diazzi A, Orrico M, Magon A, et al. Effects of Mutuality, Anxiety, and Depression on Quality of Life of Patients With Heart Failure: A Cross-Sectional Study. Creative Nursing. 2021;27(3):181-189. DOI: <https://doi.org/10.1891/CRNR-D-20-00025>
28. Aleamous RA, Al-Dweik G, AbuRuz ME. The Effect of Persistent Anxiety and Depressive Symptoms on Quality of Life among Patients with Heart Failure. Applied Nursing Research. 2021;62:151503. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151503>
29. Patrick M, Miller B, Will B, Bena JF, Morrison SL, Siegmund LA. Anxiety and depression moderate the relationship between quality of life and self-care in patients with heart failure. Geriatric Nursing. 2022;44:54-59. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.020>
30. Chernoff RA, Messineo G, Kim S, Pizano D, Korouri S, Danovitch I, et al. Psychosocial Interventions for Patients with Heart Failure and Their Impact on Depression, Anxiety, Quality of Life, Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychosomatic Medicine. 2022;84(5):560-580. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000073>
31. Alanazi MO, Deka P, Given CW, Lehto R, Wyatt G. Coping Strategies and Health-Related Quality of Life in Individuals with Heart Failure. Journal of Clinical Medicine. 2025;14(9):3073. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm.14093073>
32. Thapa A, Kang JH, Chung ML, Wu JR, Biddle MJ, Cha G, et al. Self-Care, Perceived Social Support, and Health-Related Quality of Life in Persons With Heart Failure. Nursing Research. 2025;74(4):258-265. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000820>
33. Chen C, Sun X, Zhang Y, Xie H, Kou J, Zhang H. Fear of progression and quality of life in patients with heart failure: a cross-sectional study on the multiple mediation of psychological distress and resilience. BMC Nursing. 2025;24(1):60. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02688-8>
34. Tsami A, Koutelekos I, Gerogianni G, Vasilopoulos G, Pavlatou N, Kalogianni A, et al. Quality of Life in Heart Failure Patients: The Effect of Anxiety and Depression (Patient-Caregiver) and Caregivers' Quality of Life. Journal of Cardiovascular Development and Disease. 2025;12(4):137. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcdd12040137>
35. Griban GP, Lyakhova NA, Asauliuk IO, Brezdeniuk OYu, Zeleniuk OV, Golub VP, et al. Self-assessment of the quality of life by Ukrainians during martial law and ways to improve it. Wiadomości Lekarskie. 2025;78(9):1798-1804. DOI: <https://doi.org/10.36740/wlek/212517>

36. Pavlenko V, Kurapov A, Drozdov A, Korchakova N, Pavlova I, Yehudai M, et al. War impact on Ukrainian university women: Does location status effect depression and quality of life factors? *Health Care for Women International*. 2024;45(2):164-168. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2023.2289428>
37. Kalaitzaki A, Goodwin R, Kurapov A, Vintila M, Lazarescu G, Lytvyn S, et al. The mental health toll of the Russian-Ukraine war across 11 countries: Cross-sectional data on war-related stressors, PTSD and CPTSD symptoms. *Psychiatry Research*. 2024;342:116248. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116248>
38. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ВОЄННОГО СТРЕСУ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Борисюк І. Ю., Шевчук О. К., Сніцар Є. В.

Резюме. Тривалий воєнний стрес створює додаткове навантаження на пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю, посилюючи вплив основного захворювання на фізичний стан, емоційне благополуччя та здатність до повсякденної активності. Поєднання прогресування серцевої недостатності з тривалим психо-емоційним напруженням, соціальною нестабільністю та обмеженням доступу до медичної допомоги може спричинити несприятливі зміни якості життя. Визначення закономірностей цих змін є необхідним для удосконалення підходів до комплексного супроводу пацієнтів у кризових умовах.

Метою дослідження було визначення закономірностей динаміки показників якості життя пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю під впливом тривалого воєнного стресу на основі аналізу результатів оригінальних клінічних досліджень. Проведено систематичний огляд відповідно до рекомендацій PRISMA 2020. До аналізу включали оригінальні клінічні дослідження за участю дорослих пацієнтів із серцевою недостатністю, у яких оцінювали якість життя, функціональний стан, психологічні характеристики та чинники, що можуть впливати на перебіг захворювання. Не включали огляди, дослідження без клінічної оцінки якості життя та роботи, що не відповідали визначеній тематиці.

Пошук наукових джерел здійснювали у міжнародних базах даних PubMed, Scopus, Web of Science та інших доступних інформаційних ресурсах із застосуванням ключових термінів, пов'язаних із серцевою недостатністю, якістю життя, психоемоційним стресом і воєнними факторами. Відбір публікацій, вилучення необхідних даних, оцінювання ризику систематичної помилки та формування груп для синтезу проводили за попередньо визначеними критеріями. Узагальнення отриманої інформації виконували за допомогою описового та порівняльного аналізу з урахуванням особливостей дизайну залучених досліджень.

Встановлено, що якість життя пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю формується під впливом взаємодії клінічних проявів захворювання, психологічного стану та соціального середовища. Погіршення функціональних можливостей, збільшення вираженості симптомів, тривожні й депресивні прояви пов'язані зі зниженням фізичного та емоційного компонентів якості життя. Тривалий воєнний стрес посилює несприятливі зміни через підвищення рівня невизначеності, порушення соціальної стабільності та зменшення можливостей отримання повноцінної медичної й психологічної підтримки. Водночас збереження соціальних зв'язків, адаптивні стратегії подолання стресу та комплексне лікування сприяють підтриманню функціонального стану пацієнтів.

Динаміка показників якості життя при хронічній серцевій недостатності в умовах тривалого воєнного стресу має багатофакторну природу та залежить не лише від тяжкості серцевого захворювання, а й від впливу психосоціальних чинників. Регулярний контроль якості життя, психоемоційного стану та соціальних чинників є доцільним для своєчасного виявлення негативної динаміки та коригування лікувально-реабілітаційних заходів.

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, якість життя, воєнні події, стресове навантаження, психосоціальні чинники, функціональні обмеження, медична допомога, адаптація, реабілітація, систематичний огляд.

IMPACT OF PROLONGED WAR-RELATED STRESS ON QUALITY-OF-LIFE INDICATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Borysiuk I. Yu., Shevchuk O. K., Snitsar Y. V.

Abstract. Prolonged war-related stress imposes an additional burden on patients with chronic heart failure, intensifying the effect of the underlying disease on physical condition, emotional well-being, and capacity for daily activity. The combination of heart failure progression with sustained psychoemotional strain, social instability, and limited access to medical care may result in adverse changes in quality of life. Identification of the patterns underlying these changes is necessary for the improvement of approaches to comprehensive patient support under crisis conditions.

The aim of the study was determination of the patterns of dynamics of quality-of-life indicators in patients with chronic heart failure under the influence of prolonged war-related stress, based on an analysis of findings from original clinical studies. A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines. The analysis included original clinical studies involving adult patients with heart failure in which quality of life, functional status, psychological characteristics, and factors potentially affecting disease course were assessed. Reviews, studies lacking clinical assessment of quality of life, and works not corresponding to the defined subject matter were excluded.

The search for scientific sources was conducted in the international databases PubMed, Scopus, Web of Science, and other available information resources, using key terms related to heart failure, quality of life, psychoemotional stress, and war-related factors. Selection of publications, extraction of the required data, assessment of the

risk of systematic bias, and formation of groups for synthesis were performed according to predefined criteria. Summarization of the obtained information was carried out using descriptive and comparative analysis, taking into account the design characteristics of the included studies.

It was established that the quality of life of patients with chronic heart failure is shaped by the interaction of clinical manifestations of the disease, psychological state, and social environment. Deterioration of functional capacity, increased symptom severity, and anxiety and depressive manifestations are associated with a decline in the physical and emotional components of quality of life. Prolonged war-related stress intensifies these adverse changes through heightened uncertainty, disruption of social stability, and reduced access to comprehensive medical and psychological support. At the same time, preservation of social connections, adaptive coping strategies, and comprehensive treatment contribute to the maintenance of patients' functional status.

The dynamics of quality-of-life indicators in chronic heart failure under conditions of prolonged war-related stress are multifactorial in nature and depend not only on the severity of the cardiac disease but also on the influence of psychosocial factors. Regular monitoring of quality of life, psychoemotional state, and social factors is warranted for timely detection of negative dynamics and for adjustment of treatment and rehabilitation measures.

Key words: chronic heart failure, quality of life, wartime events, stress load, psychosocial factors, functional limitations, medical care, adaptation, rehabilitation, systematic review.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Borysiuk I. Yu.: <https://orcid.org/0000-0003-2824-9118>^{ADEF}

Shevchuk O. K.: <https://orcid.org/0000-0001-6795-5969>^{ABCE}

Snitsar Ye. V.: <https://orcid.org/0000-0001-6470-6879>^{BCDF}

Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Борисюк Ірина Юріївна

Міжнародний університет

Україна, 65000, м. Одеса, вул. Фонтанська дорога 23А

Тел.: +380993202613

E-mail: borisyuk.kaynova@gmail.com

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 26.04.2026 року
Стаття прийнята до друку 19.08.2026 року
Опубліковано 29.09.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-3-182-31-39

УДК 616.137-005.4-089.819:616.379-008.64

Гмошинський М. В., Білоноженко М. С., Пилипенко Р. В.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ СТРАТЕГІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК: ВІД ДОКАЗІВ ДО АЛГОРИТМУ PLAN

Донецький національний медичний університет (м. Лиман, Україна)

m.v.gmoshinskiy@dnmu.edu.ua

За даними IDF Diabetes Atlas (2025), у 2024 році кількість хворих на цукровий діабет серед дорослого населення віком 20–79 років становила 589 мільйонів осіб, або 11,1% населення цієї вікової групи, а до 2050 року прогнозується її збільшення до 853 мільйонів осіб, або 13,0%. Метою дослідження є узагальнення доказової бази 2016–2026 років щодо ендоваскулярної ревазуляризації у хворих на цукровий діабет із хронічною ішемією, що загрожує втратою кінцівки, зіставлення результатів рандомізованих досліджень із положеннями чинних настанов і формулювання алгоритму вибору стратегії та пристрою відповідно до послідовності PLAN. Проведено структурований нарративний огляд літератури, опублікованої у 2016–2026 роках. У дослідженні BASIL-3 не виявлено статистично значущих переваг паклітаксел-вивільнювальних технологій порівняно зі стандартною балонною ангіопластикою щодо безампутаційної виживаності. У дослідженні SWEDEPAD 1 застосування паклітаксел-вивільнювальних пристроїв також не зменшило частоти великих ампутацій у пацієнтів із хронічною ішемією, що загрожує втратою кінцівки. Натомість у багатоцентровому дослідженні SirPAD первинної кінцевої точки досягли 8,8% хворих у групі