УДК 616.12-008.331.1-06:616.89-008.441./454
https://doi.org/10.31612/2616-4868.6.2023.07

ВПЛИВ ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ НА ПСИХІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВ'Я У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Маргарита П. Черкун

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Резюме

Вступ: гіпертонічна хвороба є найпоширенішим неінфекційним захворюванням у всьому світі, кількість хворіючих на яке щороку зростає, що в свою чергу призводить до інвалідизації та ранньої смертності як сільського так і міського населення. У даний час вважається, що психосоматичні розлади сприяють прогресуванню гіпертонічної хвороби, тому детальне вивчення останніх є актуальним.
Мета дослідження – проаналізувати наявність тривоги та депресії у пацієнтів з ізольованим та коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби та визначити їх вплив на складові психічного компоненту здоров'я, в залежності від територіальної приналежності хворих.
Матеріали та методи: нами було проаналізовано результати лікування 152 хворих, які знаходилися на лікуванні у Комунальному підприємстві «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» у період з 2018 по 2022 роки з ізольованим та коморбідним (ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу) перебігом гіпертонічної хвороби. Пацієнти були поділені на 3 групи в залежності від перебігу гіпертонічної хвороби. З ізольованим перебігом (1 група) було 45 пацієнтів (26 (57,8 %) – місто, 19 (42,2 %) – село), з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця (2 група) – 68 пацієнтів (34 (50,0 %) з міста та 34 (50,0 %) з села), з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця та цукровим діабетом 2-го типу – 39 пацієнтів (24 пацієнти (61,5 %) місто і 15 (48,5 %) – село). Пацієнти були порівнювані за віком (від 22 до 85 років), гендерними ознаками та тривалістю захворювання. Рівень тривоги та депресії визначали самоанкетуванням за шкалою HADS, оцінку якості життя проводили з допомогою шкали SF-36.
Результати: встановлено, що психічний компонент якості життя, у досліджуваних групах достовірно знижувався із наростанням коморбідності як у сільських так і у міських жителів. У той же час, спостерігали аналогічну картину і у рівні тривоги і депресії – збільшення останніх із збільшенням коморбідності. Встановлено міцний зворотній кореляційний зв'язок між рівнем тривоги і депресії та всіма показниками психічного компоненту якості життя (r від –0,94 до –0,91). Виявлено, що у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, психосоматичні фактори найбільше впливали на показник психічного здоров'я (МН), у той же час, у пацієнтів з коморбідним перебігом наявність психосоматичних факторів частіше впливали на рівень соціального функціонування (SF) та життєвої активності (VT).
Висновки: найбільше проявам тривоги та депресії піддаються пацієнти з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу, що проживають у сільській місцевості.

Ключові слова: **гіпертонічна хвороба, коморбідність, SF-36, HADS, психосоматичні фактори**

ВСТУП

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найпоширенішим неінфекційним захворюванням в Україні та світі. Близько 60 % українців мають АГ та ішемічну хворобу серця. Також АГ є незалежним фактором ризику серцево-судинних, цереброваскулярних та ниркових ускладнень. У реаліях сьогодення АГ та поєднаний з нею перебіг цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2-го типу) вже набули значень епідемій людства та є про-

відними в структурі інвалідизації та смертності як сільського, так і міського населення. [1-6] Частота розповсюдженості АГ у структурі серцево-судинних захворювань в Україні становить 41,2 %, ішемічної хвороби серця (ІХС) – 27,5 %. Також поширеність цих захворювань серед населення протягом останніх 24 років зросла в 3,6 та 3,3 рази відповідно. [6]

Європейським товариством кардіологів (ESC, 2021) психосоматичні розлади із значними функціональними порушеннями включено до переліку некардіальних захворювань і станів, які збільшують імовірність розвитку серцево-судинних захворювань. [7,8]

Психосоматичні розлади, а саме тривога та депресія є факторами ризику розвитку і прогресування гіпертонічної хвороби, ЦД-2го типу, ішемічної хвороби серця та дисліпідемії [1, 9, 10]. Згідно даних досліджень, що включали 12913 пацієнтів, встановлено, що у 32 % кардіологічних хворих були підтверджені симптоми тривоги [7, 11]. Психосоматичні розлади зокрема тривога і депресія визначаються у 45,6 % хворих на гіпертонічну хворобу та у 20 % хворих з ІХС [6]. Однак, в літературі зустрічаються думки щодо позитивного впливу помірних стресорів, які навпаки підвищують стійкість організму і сприяють зміцненню здоров'я [12]. Наявність тривоги і депресії у хворих на АГ з її коморбідним перебігом з ІХС та ЦД 2-го типу суттєво погіршує якість життя (ЯЖ) пацієнтів [13]. Згідно останніх рекомендацій Європейського товариства кардіологів пошук шляхів підвищення ЯЖ є однією з п'яти цілей ведення хворого з хронічною серцевою недостатністю [14]. Оскільки встановлений рівень якості життя пацієнтів дозволяє визначити вплив будь якої хвороби на фізичне, психологічне і соціальне функціонування, ЯЖ можна вважати суб'єктивним показником ефективності медикаментозної і немедикаментозної терапії пацієнтів та прогноз перебігу захворювання [15].

Тісний причинно-наслідковий зв'язок між гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, тривожно-депресивними розладами та їх впливом на якість життя пацієнтів сільського і міського населення вивчені недостатньо. І саме взаємодія пацієнта з лікарем шляхом самоанкетування щодо оцінки свого стану є важливою ланкою в досягненні цільових результатів лікування. Так хворий може надати оцінку ступеню вдоволення різними аспектами свого життя, які пов'язані із своїм захворюванням та його психосоматичними наслідками [13]. Сучасні стандарти діагностики та лікування не передбачають рекомендацій встановлення наявності психосоматичних розладів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та її поєднаним перебігом з ЦД-2го типу та ІХС, що й обумовлює необхідність даного дослідження [6, 11].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізувати наявність тривоги та депресії у пацієнтів з ізольованим та коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби та визначити їх вплив на складові психічного компоненту здоров'я в залежності від територіальної приналежності хворих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано результати лікування 152 хворих, які знаходилися на лікуванні у Комунальному підприємстві «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» у період з 2018 по 2022 роки. У дослідження включалися пацієнти старші за 18 років з ізольованою гіпертонічною хворобою та її коморбідним перебігом, за умови їх письмової інформованої добровільної згоди. Виключалися із дослідження пацієнти з термінальним станом при госпіталізації, вагітні, з наявністю ВІЛ-інфекції, психічними захворюваннями та декомпенсованою серцевою недостатністю, порушеннями ритму та провідності, нестабільною стенокардією та гострим інфарктом міокарда в анамнезі.

Пацієнти були поділені на 3 групи. До першої групи увійшло 45 пацієнтів з ізольованою гіпертонічною хворобою, 26 (57,8 %) з яких були жителями міста, 19 (42,2 %) – жителі села. Другу групу сформовано з 68 пацієнтів, у яких окрім гіпертонічної хвороби було також діагностовано ішемічну хворобу серця. Сільських та міських жителів тут було порівну: 34 (50,0 %) з міста та 34 (50,0 %) – села. У третю групу включено 39 пацієнтів, у яких перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу. З них 24 пацієнти (61,5 %) проживало в місті і 15 (48,5 %) – у селі. Вік хворих у досліджуваних групах варіював від 22 до 85 років (середній вік 57,87±0,94 роки), пацієнти були порівнювані за гендерними ознаками та тривалістю захворювання.

Якість життя оцінювали самоанкетуванням з подальшим використанням офіційної версії «Короткого опитувальника оцінки статусу здоров'я» MOS SF-36 (2011 р.) [16]. Останній складається із 36 питань, які поділяються на 8 шкал, а саме: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальне здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальна активність (SF), емоційний стан (RE) і психічне здоров'я (MH). Оцінка кожної із шкал проводилася від 0 до 100 балів, відповідно вищий рівень здоров'я вважається у пацієнтів які набрали більше балів під час анкетування. Оцінювали якість життя на низькому рівні при показнику 0-20 балів, знижений показник якості життя – 21-40 балів, середній показник – 41-60 балів, підвищений – 61-80 балів, і високий показник – 81-100 балів [16, 17]. У даному дослідженні брали до

уваги показники лише психічного компоненту здоров'я (VT, SF, RE, MH).

Визначаючи рівень тривоги та депресії у пацієнтів порівнюваних груп, застосовували запропоновану А. С. Зігмундом і Р. П. Снайпом шкалу тривоги і депресії HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale). У даному опитувальнику пацієнт відповідає на 14 простих запитань, сім з яких оцінюють рівень тривоги, а інші сім – рівень депресії, кожне з яких містить 4 варіанти відповіді, оцінених від 0 до 3 балів. Результати тлумачили окремо для кожного досліджуваного фактору. Якщо пацієнт набирав від 0 до 7 балів – приймали як відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії, 8-10 балів – тривога чи депресія виражена субклінічно, у випадку набору пацієнтом більше 11 балів – констатували клінічно виражену тривогу чи депресію.

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми Microsoft Office Excel 2010 на базі MS Windows 10, програми Statistika 10 та MedStat. Для визначення різниці за показниками використовували t-критерій Стьюдента, кореляційні зв'язки (r) визначали коефіцієнтом Пірсона. При $p<0,05$ відмінності вважали статистично значущими.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного анкетування щодо якості життя пацієнтів у групі з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, спостерігати вищі показники психічного компоненту здоров'я у жителів сільської місцевості. Так, відзначено вищі показники життєвої активності (VT) – 80,4±2,0 (95 % ДІ 76,2-84,6) проти 72,6±1,5 (95 % ДІ 69,5-75,8) ($p<0,001$), а також загального емоційного стану (RE) – 78,2±1,3 (95 % ДІ 75,6-80,9) проти 73,2±1,2 (95 % ДІ 70,8-75,8) ($p<0,001$). Психічне здоров'я (MH) у жителів з села також було вищим на 7,2 бали – 74,4±1,8 (95 % ДІ 70,6-78,1) проти 67,2±1,2 (95 % ДІ 64,8-69,6) ($p<0,001$). Стосовно соціальної активності (SF), то у пацієнтів міста навпаки спостерігали достовірно вищий даний показник на 5,6 одиниць – 87,4±1,2 (95 % ДІ 84,9-89,9) проти 82,8±1,3(95 % ДІ 80,1-85,5) ($p<0,001$) (табл. 1).

Схожу картину спостерігали і у пацієнтів з другої групи, де перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця. Констатовано вищі показники психічного компоненту здоров'я у сільських жителів за всіма показниками. Так, рівень емоційного стану пацієнтів (RE) сільської місцевості був на 5,6 балів вищим (57,2±1,0 (95 % ДІ 55,2-59,3) проти 51,6±0,9 (95 % ДІ 49,8-53,4) бали ($p<0,001$)). Показник соціальної активності (SF) у жителів з села становив 50,0±1,2 бали (95 % ДІ 47,6-52,4), тоді як у міських жителів він був дещо нижчим – 47,2±1,1 (95 % ДІ 44,9-49,4) ($p<0,001$). Життєва активність (VT) у сільських жителів складала 60,2±1,3 (95 % ДІ 57,5-62,8), тоді як у міських жителів вони становила 54,3±1,5 (95 % ДІ 50,9-57,1) ($p<0,001$).

У пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу, рівень показників психічного компоненту здоров'я був достовірно нижчим ніж у попередніх групах, проте навпаки вони були вищими у міських жителів. Так рівень життєвої активності (VT) був вищим на 15,4 бали (49,8±1,0 (95 % ДІ 47,7-51,8) проти 34,4±1,6 (95 % ДІ 30,9-37,8) ($p<0,001$)), рівень емоційного стану (RE) – на 10,7 балів (48,6±1,2 (95 % ДІ 46,2-50,9) проти 37,9±1,7 (95 % ДІ 34,3-41,6) бали ($p<0,001$)). Водночас різниця у показниках соціальної активності (SF) та психічного здоров'я (MH) була менш суттєвою: 36,6±0,9 (95 % ДІ 34,7-38,6) бали проти 33,8±3,1 (95 % ДІ 30,4-37,2) ($p<0,001$) та 47,1±1,1 (95 % ДІ 44,8-49,4) проти 40,2±1,4 (95 % ДІ 37,2-43,2) ($p<0,001$) відповідно.

Таблиця 1

Оцінка якості життя пацієнтів порівнюваних груп (M±m) за опитувальником SF-36

	1 група		2 група		3 група	
	Жителі міста	Сільські жителі	Жителі міста	Сільські жителі	Жителі міста	Сільські жителі
VT	72,6±1,5	80,4±2,0	54,3±1,5	60,2±1,3	49,8±1,0	34,4±1,6
SF	87,4±1,2	82,8±1,3	47,2±1,1	50,0±1,2	36,6±0,9	33,8±1,6
RE	73,2±1,2	78,2±1,3	51,6±0,9	57,2±1,0	48,6±1,2	37,9±1,7
MH	67,2±1,2	74,4±1,8	50,2±0,8	52,4±1,0	47,1±1,1	40,2±1,4

Проведено аналіз рівня тривоги та депресії у пацієнтів з ізольованим та коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби (табл. 2). Розподіл у групах між сільськими та міськими жителями показав наступне. Так у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, що проживали в місті, констатували відсутність симптомів тривоги чи депресії у 13 пацієнтів (50,0 %), тоді як у селі таких хворих було у відсотковому показнику більше – 63,2 % (12 пацієнтів). Прояви депресії констатували у 6 (23,1 %) хворих з міста і 1 (5,3 %) сільського жителя, у той же час, прояви субклінічної або клінічної тривоги виявлялися у 15,4 % (n=4) і 26,3 % (n=5) пацієнтів міста і села відповідно. Одночасні прояви тривоги і депресії згідно опитувальника спостерігали у 11,5 % міських пацієнтів та 5,3 % – сільських. Стосовно другої групи, то в даному випадку відсутність тривожно-депресивних розладів виявлено у 38,2 % (n=13) міських та 50,0 % (n=17) сільських

пацієнтів. Субклінічну та клінічну виражена депресію констатовано у майже 3 % пацієнтів як у місті так і у селі, тоді як тривога проявлялася у 35,3 % (n=12) міських пацієнтів, і у 20,6 % міських (n=7). Наявність одночасно проявів тривоги і депресії констатовано у 26,5 % і 20,6 % жителів міста та села відповідно.

У пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу, відсутність тривоги і депресії відмічали у 8,3 % міських та 13,3 % сільських пацієнтів відповідно. Прояви депресії були характерними для 8,3 % (n=2) пацієнтів з міста, у той же час аналогічний показник у сільського населення становив 13,3 % (n=2). Разом з тим, тривожні розлади турбували 16,7 % пацієнтів (n=4) з міста, у селі ж таких пацієнтів було 20,0 % (n=3). Одночасні прояви тривоги і депресії зафіксовано у 62,5 % міських жителів і трохи більше ніж у половини (53,3 %) сільських (табл. 2).

Таблиця 2

Прояви тривоги та депресії у порівнюваних групах згідно опитувальника HADS

	1 група		2 група		3 група	
	Сільські жителі (n=19)	Міські жителі (n=26)	Сільські жителі (n=34)	Міські жителі (n=34)	Сільські жителі (n=15)	Міські жителі (n=24)
Відсутність тривоги і депресії, абс (%)	12 (63,1 %)	13 (38,2 %)	17 (50,0 %)	13 (38,2 %)	2 (13,3 %)	2 (8,3 %)
Субклінічно виражена депресія, абс (%)	1 (5,3 %)	4 (15,4 %)	1 (2,9 %)	0	0	0
Клінічно виражена депресія, абс (%)	0	2 (7,7 %)	0	1 (2,9 %)	2 (13,3 %)	2 (8,3 %)
Субклінічно виражена тривога, абс (%)	4 (21,1 %)	2 (7,7 %)	4 (11,8 %)	10 (29,4 %)	2 (13,3 %)	2 (8,3 %)
Клінічно виражена тривога, абс (%)	1 (5,3 %)	2 (7,7 %)	3 (8,8 %)	2 (5,8 %)	1 (6,7 %)	2 (8,3 %)
Наявність тривоги і депресії, абс (%)	1 (5,3 %)	3 (11,5 %)	7 (20,6 %)	9 (26,5 %)	8 (53,3)	15 (62,5 %)

Таким чином, спостерігали збільшення частоти проявів тривоги і депресії із наростанням коморбідності у пацієнтів досліджуваних груп ($p>0,05$), при цьому територіальний розподіл майже не відрізнявся ($p<0,001$).

Окремо проведений аналіз впливу тривоги і депресії на компоненти психічного якості життя встановив міцний кореляційний ($r\approx0,91$-$0,94$) зв'язок між даними показниками у пацієнтів порівнюваних груп. Так, у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, підвищений рівень тривоги та депресії найбільш негативно впливав на показник психічного здоров'я (МН) як у пацієнтів що проживали у місті, так і у тих, що проживали в селі. Стосовно пацієнтів 2 групи, то у даному випадку тривожно-депресивні розлади мали найбільший вплив на рівень соціального функціонування (SF). При цьому, знову ж таки, це було характерно як для жителів міста так і для жителів сільської місцевості. Окремо слід виділити вплив тривоги і депресії на пацієнтів 3 групи. Тут найбільший вплив останні мали на рівень життєвої активності (VT) та соціального функціонування (SF) у жителів сільської місцевості, та значний вплив на рівень все того ж соціального функціонування (SF) у міських жителів. При цьому слід зазначити значну різницю між вищезгаданого та іншими досліджуваними показниками (табл. 2).

ВИСНОВКИ

1. Рівень психічного компоненту якості життя пацієнтів що хворіють на гіпертонічну хворобу достовірно знижується із наростанням коморбідності.

2. Зниження рівня психічного компоненту якості життя відбувається за рахунок зниження показника соціального функціонування (SF) у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби за рахунок збільшення кількості пацієнтів з проявами тривоги і депресії або в поєднанні останніх.

3. Найбільше проявами тривоги та депресії піддаються пацієнти з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу що проживають у сільській місцевості.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Отримані в ході нашого дослідження результати дають розуміння на які фактори психічного компоненту якості життя пацієнтів з гіпертонічною хворобою впливає наявність тривоги і депресії, що дасть змогу більш адекватно пропонувати методи профілактики та корекції їх негативного впливу на перебіг захворювання.

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті. Робота виконана в рамках НДР кафедри внутрішньої медицини № 2 Полтавського державного медичного університету «Вивчення комбінованої оцінки ефекту факторів серцево-судинного ризику про коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця та хронічної хвороби нирок, особливості профілактики та оздоровлення» № державної реєстрації 0119U102851.

ЛІТЕРАТУРА

1. Милославський Д.К., Коваль С. М. Розлади адаптації, артеріальна гіпертензія і цукровий діабет 2-го типу: погляд кардіолога (огляд літератури). Міжнародний ендоскопічний журнал.2023.№ 5(19).С.383-390. https://doi.org/10.22141/2224-0721.19.5.2023.1303
2. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European heart journal. 2018 September 01.№ 39(33).P.3021-3104. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339
3. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020.№ 396(10267).P.2006-2017.
4. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. European Heart Journal. 2020.№ 41(2).P.255-323. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz486
5. Chekalina N. I. Resveratrol has a positive effect on parameters of central hemodynamics and myocardial ischemia in patients with stable coronary heart disease. Wiadomosci Lekarskie.2017.№ LXX(2).P.286-291.
6. Михайловська Н.С., Мануйлов С. М., Грицай Г.В, Михайловская Н. С., Мануйлов С. Н., Грицай А. В. Метаболічні, психовегетативні порушення та якість життя хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019.№ 3.P.106-112. DOI 10.11603/1811-2471.2019.v.i3.10439
7. Мавродій В. М. Навіщо дбати про душевну рівновагу кардіологічних пацієнтів?. Артеріальна гіпертензія. 2023.№ 16(1-2).P.27-35. https://doi.org/10.22141/2224-1485.16.1-2.2023.346
8. Килимчук В. Рекомендації ESC із профілактики серцевосудинних захворювань. Здоров'я України. 2021.№ 20.P.39. https://health-ua.com/article/68120-rekomendatc-ESC-2021-zpro-flaktiki-sertcevosudinnih-zahvoryuvan.
9. Kohut A.O., Chaban O. S., Dolynskyi R. G., Sandal O. S., Bursa A. I., Bobryk M. I., та ін. The features of posttraumatic stress disorder development in patients with Diabetes mellitus 2 type. Wiad. Lek. 2022.№ 75.P.1903-1907. DOI: 10.36740/WLek202208115
10. Lemche A.V., Chaban O. S., Lemche E. Depression contributing to dyslipidemic cardiovascular risk in the metabolic syndrome. Journal of Endocrinological Investigation. 2017.№ 40.P. 539-546. DOI 10.1007/s40618-016-0601-y
11. Cromhout P.F., Christensen A. V., Jorgensen M. B., Ekholm O, Juel K, Svendsen J. H., et al. Exploring the use of psychotropic medication in cardiac patients with and without anxiety and its association with 1-year mortality. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2022.№ 21(6). P. 612-619. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab111
12. Tsuber V., Kadamov Y., Tarasenko L. Activation of antioxidant defenses in whole saliva by psychosocial stress is more manifested in young women than in young men. PLoS One. 2014.№ 9(12).P. e115048. doi:10.1371/journal.pone.0115048
13. Ісаков Р.І., Животовська А. І., Бойко Д. І. Вплив стресового навантаження на якість життя пацієнтів з тривожними розладами. Матеріали Всеукр. Наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи. 2022.Полтава.Полтава: ПДМУ.2022.С.1-23.
14. Ханюков О.О., Смольянова О. В. Якість життя у пацієнтів похилого віку з хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії та хронічної хвороби нирок в залежності від прихильності до лікування. Всеукраїнська науково-практична конференція з сімейної медицини «Від науки до практики».2022.Дніпро.Дніпро: ДДМУ.2022.с.1.
15. Крячкова Л.В., Кротова Л. О., Кротова В. Ю. Якість життя залежно від статусу лікування артеріальної гіпертензії та інших факторів. Матеріали XXII наук. конф. студентів та молодих учених. Новини і перспективи медичної науки. 2022. Дніпро. Дніпро: ДДМУ.2022.С.3-4.
16. Ware J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Sherbourne. 1992.№ 30(6).P. 473-483.
17. Черкун М.П., Катеренчук І. П. Порівняльна оцінка показників якості життя сільських і міських жителів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби. Світ медицини та біології. 2023. № 2(84). P.167-171.

REFFERENCES

1. Myloslavs′kyy D.K., Koval′ S.M. (2023). Rozlady adaptatsiyi, arterial′na hipertenziya i tsukrovyy diabet 2-ho typu: pohlyad kardioloha (ohlyad literatury) [Adaptation disorders, hypertension and type 2 diabetes: a cardiologist's view (literature review)]. Mizhnarodnyy endoskopichnyy zhurnal, 5(19). 383-390. [in Ukrainian]. https://doi.org/10.22141/2224-0721.19.5.2023.1303
2. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M. [et al] (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European heart journal, 39(33), 3021-3104. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339
3. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10267), 2006-2017.
4. ESC Scientific Document Group. (2020). 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. European Heart Journal, 41(2), 255-323. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz486
5. Chekalina N.I. (2017). Resveratrol has a positive effect on parameters of central hemodynamics and myocardial ischemia in patients with stable coronary heart disease. Wiadomosci Lekarskie, LXX(2), 286-291. [in Ukrainian].
6. Mykhaylovs′ka N.S., Manuylov S. M., Hrytsay H.V, Mykhaylovs′ka N.S., Manuylov S. N., Hrytsay A. V. (2019). Metabolichni, psykhovehetatyvni porushennya ta yakist′ zhyttya khvorykh na ishemichnu khvorobu sertsya ta arterial′nu hipertenziyu [Metabolic, psychovegetative disorders and quality of life of patients with coronary heart disease and arterial hypertension]. Zdobutky klinichnoyi ta eksperymental′noyi medytsyny,3,106-112. [in Ukrainian]. DOI 10.11603/1811-2471.2019.v.i3.10439
7. Mavrodiy V.M. (2023). Navishcho dbaty pro dushevnu rivnovu kardiolohichnykh zakhvoryuvan′? [Why care about the mental balance of cardiac diseases?]. Arterial′na hipertenziya, 16(1-2), 27-35. [in Ukrainian]. https://doi.org/10.22141/2224-1485.16.1-2.2023.346
8. Kylymchuk V. (2021). Rekomendatsiyi ESC iz profilaktyky sertsevosudynnykh zakhvoryuvan′ [ESC recommendations on the prevention of cardiovascular diseases]. Zdorov″ya Ukrayiny, 20, 39. [in Ukrainian]. https://health-ua.com/article/68120-rekomendatc-ESC-2021-zpro-flaktiki-sertcevosudinnih-zahvoryuvan.
9. Kohut A.O., Chaban O. S., Dolynskyi R. G., Sandal O. S., Bursa A. I., Bobryk M. I. [et all] (2022). The features of posttraumatic stress disorder development in patients with Diabetes mellitus 2 type. Wiad. Lek, 75,1903-1907. DOI: 10.36740/WLek202208115
10. Lemche A.V., Chaban O. S., Lemche E. (2017). Depression contributing to dyslipidemic cardiovascular risk in the metabolic syndrome. Journal of Endocrinological Investigation, 40, 539-546. DOI 10.1007/s40618-016-0601-y
11. Cromhout P.F., Christensen A. V., Jorgensen M. B., Ekholm O, Juel K, Svendsen J. H. [et all] (2022). Exploring the use of psychotropic medication in cardiac patients with and without anxiety and its association with 1-year mortality. European Journal of Cardiovascular Nursing, 21(6), 612-619. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab111
12. Tsuber V., Kadamov Y., Tarasenko L. (2014). Activation of antioxidant defenses in whole saliva by psychosocial stress is more manifested in young women than in young men. PLoS One, 9(12), e115048. doi:10.1371/journal.pone.0115048
13. Isakov R.I., Zhyvotovs′ka A.I., Boyko D. I. (2022). Vplyv stresovoho navantazhennya na yakist′ zhyttya patsiyentiv z tryvozhnymy rozladamy. Materialy Vseukr. Nauk.-prakt. konf. z mizhnar. uchastyu. Medychna reabilitatsiya v Ukrayini: suchasnyy stan ta napryamy rozvytku, problemy ta perspektyvy [The impact of stress on the quality of life of patients with anxiety disorders. Materials of the All-Ukrainian Scientific and practical conf. from international participation Medical rehabilitation in Ukraine: current state and directions of development, problems and prospects].Poltava.Poltava: PDMU,2022,1-23. [in Ukrainian].
14. Khanyukov O.O., Smol′yanova O.V. (2022). Yakist′ zhyttya u patsiyentiv pokhyloho viku z khronichnoyu sertsevoyu nedostatnistyu na foni arterial′noyi hipertenziyi ta khronichnoyi khvoroby nyrok v zalezhnosti vid prykhyl′nosti do likuvannya. Vseukrayins′ka naukovo-praktychna konferentsiya z simeynoyi medytsyny «Vid nauky do praktyky» [Quality of life in elderly patients with chronic heart failure on the background of arterial hypertension and chronic kidney disease depending on adherence to treatment. All-Ukrainian scientific and practical conference on family medicine «From science to practice].Dnipro. Dnipro: PDMU. 2022,1. [in Ukrainian].
15. Kryachkova L.V., Krotova L. O., Krotova V.YU. (2022). Yakist′ zhyttya zalezhno vid statusu likuvannya arterial′noyi hipertenziyi ta inshykh faktoriv. Materialy KHKHII nauk. konf. studentiv ta molodykh uchenykh. Novyny i perspektyvy medychnoyi nauky [Quality of life depending on the status of treatment

of arterial hypertension and other factors. Materials of XXII Sciences. conf. students and young scientists. News and perspectives of medical science.]. Dnipro. Dnipro: PDMU.2022, 3-4. [in Ukrainian].
16. Ware J.E. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Sherbourne, 30(6), 473-483.
17. Cherkun M.P., Katerenchuk I. P. (2023). Porivnyal′na otsinka pokaznykiv yakosti zhyttya sil′s′kykh i mis′kykh zhyteliv z komorbidnym perebihom hipertonichnoyi khvoroby [Comparative assessment of indicators of the quality of life of rural and urban residents with a comorbid course of hypertension]. Svit medytsyny ta biolohiyi, 2(84), 167-171. [in Ukrainian].

Summary

THE IMPACT OF ANXIETY AND DEPRESSION ON THE MENTAL WELL-BEING OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE

Margarita P. Cherkun

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Introduction: at present, hypertension is the most common non-infectious disease worldwide, with a progressively growing number of patients each year. This escalating prevalence results in increased disability and early mortality in both rural and urban populations. Currently, it is believed that psychosomatic disorders contribute to the progression of hypertension. Consequently, a comprehensive examination of this relationship is highly relevant.

The aim of the research is to analyze the presence of anxiety and depression in patients with isolated and comorbid hypertensive disease and to determine their influence on mental well-being, depending on the territorial affiliation of the patients.

Materials and methods we analyzed the results of treatment of 152 patients with isolated and comorbid (ischemic heart disease, type 2 diabetes) course of hypertensive disease. These patients received medical care at the Municipal Enterprise «Poltava Regional Clinical Medical Cardiovascular Center of the Poltava Regional Council» between 2018 and 2022. We categorized these patients into three groups based on the course of hypertension. Group 1 consisted of 45 patients with an isolated presentation (26 (57.8 %) residing in urban areas and 19 (42.2 %) in rural settings). Group 2 comprised 68 patients with a combined presentation of hypertension and coronary heart disease, with an even distribution between urban (34 (50.0 %)) and rural (34 (50.0 %)) backgrounds. Group 3 encompassed 39 patients with a combined presentation of hypertension, coronary heart disease, and type 2 diabetes, with 24 patients (61.5 %) from urban areas and 15 (48.5 %) from rural areas. Patients in all groups were comparable in terms of age (ranging from 22 to 85 years), gender, and disease duration. Anxiety and depression levels were assessed using the HADS scale, and quality of life was evaluated using the SF-36 scale through self-questionnaires.

Results: the study revealed a notable decline in the mental component of quality of life as comorbidity increased, affecting both rural and urban residents. At the same time, a corresponding increase in the levels of anxiety and depression was observed with escalating comorbidity. A strong inverse correlation was established between the levels of anxiety and depression and all indicators of the mental component of quality of life (r from –0.94 to –0.91). Furthermore, the research highlighted that in patients with an isolated presentation of hypertension, psychosomatic factors exerted the most substantial influence on the mental health index (MH). In contrast, for patients with comorbid conditions, the presence of psychosomatic factors more frequently impacted the levels of social functioning (SF) and vitality (VT).

Conclusions: Patients residing in rural areas who have comorbid conditions such as hypertensive disease, coronary heart disease, and type 2 diabetes are particularly susceptible to experiencing anxiety and depression.

Key words: **hypertensive disease, comorbidity, type 2 diabetes, SF-36, HADS, psychosomatic factors**