

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЧЕРКУН МАРГАРИТА ПЕТРІВНА

УДК: 616.12-008.331.1-06-02:[616.89+159.944.4]

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАННЯ І
ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ОБУМОВЛЕНОЇ
НЕСПРИЯТЛИВИМ ВПЛИВОМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ФАКТОРІВ
В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ**

222 – Медицина

Подається на здобуття науково ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ М.П. Черкун

Науковий керівник:
Катеренчук Іван Петрович,
доктор медичних наук, професор

Полтава 2024

АНОТАЦІЯ

Черкун М.П. Особливості клінічного перебігу, лікування і профілактики артеріальної гіпертензії, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – медицина – Полтавський державний медичний університет МОЗ України, Полтава, 2024.

Дисертація присвячена вивченню проблеми ізольованого чи коморбідного перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) у пацієнтів у залежності від їх територіальної приналежності. Коморбідним вважали перебіг АГ в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу. За даними літературних джерел, на гіпертонічну хворобу (ГХ) в Україні на даний час хворіє близько 13 мільйонів осіб, що становить майже третину дорослого населення країни. При цьому тільки 2 із 3 знають про своє захворювання, а ще менша частка сумлінно лікується та виконує рекомендації лікуючого лікаря. Наявні статистичні дані засвідчують, що у 2025 році кожний п'ятий громадянин планети хворітиме на ГХ. У порівнянні з аналогічною статистикою 30-річної давності, цей показник зріс майже вдвічі. Головною метою лікування пацієнтів з АГ є досягнення цільового рівня АТ, який вважається меншим, ніж 140/90 мм.рт.ст., а у пацієнтів з цукровим діабетом – нижче 130/80 мм.рт.ст. Однак ситуація як в Україні, так і за її межами не є ідеальною. Так в Україні, за даними різних досліджень, кількість пацієнтів, що сумлінно дотримуються рекомендацій щодо лікування артеріальної гіпертензії, знаходиться в межах 25-45%, при цьому досягають цільових рівнів АТ не більше 25-30% пацієнтів. За кордоном, у розвинутих країнах, ситуація дещо краща: близько 70% лікують АГ, 50% з яких досягають цільового рівня. Особливу увагу в дисертації приділено впливу факторів ризику на прогресування артеріальної гіпертензії. За літературними даними, фактори ризику у пацієнтів з АГ, різняться у проживаючих у міській

та сільській місцевостях. Проблема діагностики і лікування АГ залишається актуальною, так як АГ призводить до численних ускладнень у пацієнтів працездатного віку, серед яких гострий інфаркт міокарда та ішемічна хвороба серця, хронічна серцева недостатність, порушення мозкового кровообігу, які в подальшому можуть призводити до ранньої смертності або декомпенсації систем організму.

Дослідження проведено на кафедрі внутрішньої медицини №2 Полтавського державного медичного університету та її клінічній базі – комунальному підприємстві «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради». Всі пацієнти з артеріальною гіпертензією та її коморбідним перебігом після отримання письмової згоди на включення їх у дослідження, були обстежені згідно наказу МОЗ України (наказ №297 від 02.04.2010 року). Додатково проводили анкетування пацієнтів опитувальниками MMAS-8, HADS, за шкалою Холмса-Рея та SF-36 в динаміці лікування.

Робота ґрунтується на основі аналізу клініко-лабораторних характеристик 152 хворих з різним перебігом АГ, що знаходилися на лікуванні КП «ПОКМКВЦ» з 2018 по 2022 роки. Пацієнтів було розподілено на 3 групи. Так до першої групи увійшло 45 пацієнтів (57,8%/42,2% жителів міста/села) з ізольованим перебігом АГ; другу групу склали 68 пацієнтів (порівну сільських/міських жителів) з поєднаним перебігом АГ та ІХС; третя група включала 39 пацієнтів (61,5% – міських жителів, 48,5% – сільських), де перебіг АГ був ускладнений окрім ІХС, ЦД 2 типу.

У жителів міської та сільської місцевостей, на першому етапі дослідження було виявлено основні рейтингові фактори кардіоваскулярного ризику. Крім цього, проведено аналіз інформованості серед пацієнтів, щодо впливу факторів ризику на перебіг АГ та прихильності до її лікування. Встановлено, що головною причиною низької прихильності до лікування є труднощі у запам'ятовуванні часу прийому антигіпертензивних препаратів та перебування пацієнтів поза домом у період коли потрібно приймати

антигіпертензивні ліки. Крім цього встановлено, що міські жителі були більш інформованими щодо факторів ризику, порівняно з сільськими. Відносно коригованих факторів ризику, встановлено, що у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби у міських жителів переважали аліментарні чинники та надмірне вживання алкоголю, тоді як для сільського населення більш характерними були аліментарні чинники та ожиріння. Стосовно пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ та ІХС, нами було констатовано зниження рухової активності та нераціональне харчування у міських жителів, у той же час для сільських жителів були характерним аналогічні фактори, але з діаметрально протилежним переважанням. У пацієнтів третьої групи, як для жителів села так і для жителів міста переважали низька фізична активність, нераціональне харчування та ожиріння.

На підставі проведеного аналізу рівня тривоги та депресії (за шкалою HADS) констатовано, що із наростанням коморбідності, тривожно-депресивна симптоматика спостерігаються частіше. Так, у пацієнтів з ізольованим перебігом ГХ відсутність проявів тривоги чи депресії спостерігали у 55,6% пацієнтів, у групі з поєднаним перебігом ГХ та ІХС – 44,1%, у 3 групі – у 10,3% хворих. Водночас виявлено залежність показників ліпідного обміну від наявності тривожно-депресивних проявів. Так, у пацієнтів порівнюваних груп з клінічними проявами тривоги та/або депресії, спостерігали найвищі показники індексу атерогенності ($r > 0,71$) та тригліцеридів ($r > 0,91$). Стосовно рівня накопиченого стресу (шкала Холмса-Рея), встановлено прямий міцний кореляційний зв'язок між рівнем накопиченого стресу та рівнем систолічного АТ ($r > 0,89$).

Визначення якості життя, за допомогою опитувальника SF-36, засвідчило залежність якості життя (ЯЖ) від тяжкості перебігу ГХ. У пацієнтів з ізольованим перебігом ГХ, якість життя була найвищою, і фактично мало впливала на повсякденне життя пацієнтів. У той же час, у пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ та ІХС, що проживали в місті, клінічно вираженими були симптоми перевтоми та загального виснаження (RP), тоді

як у пацієнтів сільської місцевості клінічно виражені були больові відчуття (BP), які в подальшому впливали на можливість виконання повсякденних справ. Окрім цього, для міських жителів було характерним зниження життєвої активності (VT) та рольового функціонування обумовленого емоційним станом (RE). У пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ, ІХС та ЦД 2 типу, що проживали в сільській місцевості, якість життя знижувалася за рахунок як психічного, так і фізичного компонентів здоров'я. Клінічно виражена різниця визначалася у емоційному стані (RE), рівні життєвої активності (VT) та рівні психічного здоров'я (MH). Щодо фізичного компоненту здоров'я, клінічно вираженою була різниця у показниках фізичного функціонування (PF), загального стану здоров'я (GH) та рольового функціонування обумовленого фізичним станом (RP).

З метою зменшення кардіоваскулярного ризику, на підставі проведеного аналізу, запропоновано універсальні алгоритми скринінг діагностики (анкетної самодіагностики) та профілактичного консультування розробленими інформаційними картами щодо немедикаментозної корекції основних факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) у залежності від території проживання пацієнта. Розроблено алгоритми профілактичного консультування щодо ведення здорового способу життя, дієти, фізичної активності в залежності від територіальної приналежності пацієнтів.

На другому етапі, через рік після первинного лікування, проведений аналіз ЯЖ пацієнтів, які сумлінно виконували, або не виконували/частково виконували надані їм розроблені нами рекомендації. У повторному анкетуванні взяли участь 70,9% (110 із 152) пацієнтів. Серед них дотримувалися рекомендацій – 78 пацієнтів (70,9%), не дотримувалися рекомендацій або виконували їх не регулярно – 32 хворих (29,1%). Загалом констатовано помірне підвищення як фізичного, так і психічного компонентів ЯЖ у жителів сільської та міської місцевостей. Проте суттєво відрізнялися показники у пацієнтів, які дотримувалися та нерегулярно виконували надані

рекомендації. Так у пацієнтів 1 групи, констатовано достовірний приріст показників рольового функціонування обумовленого фізичним станом (RP) на 10,7% ($p=0,045$) і загального фізичного здоров'я (PH*) на 17,7% ($p<0,001$). Стосовно психічного компоненту здоров'я, то у жителів міської місцевості спостерігали приріст показників життєвої активності (VT) на 16,4% ($p<0,05$) та загального психічного здоров'я (MH*) на 14,3% ($p<0,05$). У той же час, для жителів сільської місцевості відзначався лише клінічно значимий приріст життєвої активності (VT) на 10,7% ($p=0,02$). У пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ та ІХС, клінічно значима різниця ($p<0,05$) між пацієнтами, що дотримувалися та не дотримувалися рекомендацій, була відмічена за всіма показниками психічного та фізичного компонентів здоров'я за виключенням соціального функціонування (SF) та рольового функціонування обумовленого емоційним станом (RE). У хворих з коморбідним перебігом ГХ, ІХС та ЦД 2 типу, що проживали в місті, клінічно значима різниця у показниках фізичного компоненту якості життя визначалася у рівні фізичного функціонування (PF) – 11,8%, ($p<0,05$), інтенсивності болю (BP) – 18,7% ($p<0,05$), загального стану здоров'я (GH) – 24,4% ($p<0,05$) та загального фізичного компоненту здоров'я (PH*) – 13,8% ($p<0,05$). У той же час, клінічно значиму різницю було відмічено у показнику сумарного психічного компоненту здоров'я (MH*) – 17,0% ($p<0,001$). У сільських жителів клінічно значимий приріст рівня якості життя відбувався переважно за рахунок психічного компоненту здоров'я: життєва активність (VT) – 13,4% ($p<0,05$), соціальне функціонування (SF) – 13,8% ($p<0,05$), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE) – 13,3% ($p<0,001$), загальний показник психічного компоненту здоров'я (MH*) – 12,9% ($p<0,05$). Фізичний компонент здоров'я клінічно різнився лише за показником інтенсивності болю (BP) – 22,7% ($p<0,001$). Таким чином, констатовано, що дотримання запропонованих розроблених рекомендацій ефективно впливає на якість життя пацієнтів з ГХ та її коморбідним перебігом, які проживають як у сільській місцевості, так і у місті.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, антигіпертензивна терапія, кардіоваскулярний ризик, цукровий діабет 2 типу, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, психосоматичні фактори, тривога, депресія, стрес, якість життя, коморбідність, тривожно-депресивні розлади, шкала HADS, фактори ризику.

SUMMARY

Cherkun M.P. The features of clinical course, treatment and prevention of arterial hypertension caused by the adverse effects of psychosomatic factors under conditions of comorbidity. – Qualification research work on a manuscript basis.

The dissertation for the academic degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 Medicine – Poltava State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Poltava, 2024.

The dissertation is devoted to the study of the problem of isolated or comorbid arterial hypertension (AH) in patients depending on their territorial affiliation. The course of hypertension in combination with coronary heart disease (CHD) and type 2 diabetes mellitus (DM) was considered comorbidity. According to the literature sources, about 13 million people in Ukraine currently suffer from hypertensive disease (HD), which is almost a third of the adult population. At the same time, only 2 out of 3 are aware of their disease, and an even smaller proportion conscientiously undergo treatment and follow the recommendations of their doctors. According to global statistics, it is estimated that in 2025 every fifth citizen of the world will suffer from HD. Compared to similar statistics from 30 years ago, this figure has almost doubled. The main goal of treatment of patients with AH is to achieve the target blood pressure level, which is considered to be less than 140/90 mmHg, and in patients with diabetes mellitus – below 130/80 mmHg. However, the situation in Ukraine and abroad is not ideal. Hence, in Ukraine, according to various studies, the number of patients who conscientiously follow the recommendations for the treatment of arterial hypertension ranges from 25-

45%, while no more than 25-30% of patients reach the target blood pressure levels. Abroad, in developed countries, the situation is somewhat better: about 70% treat AH, 50% of whom reach the target level. Particular attention in the dissertation is paid to the impact of risk factors on the progression of arterial hypertension. According to the literature sources, risk factors in patients with AH differ between those living in urban and rural areas. Given that AH leads to numerous complications in patients of employable age, including acute myocardial infarction and coronary heart disease, chronic heart failure, cerebrovascular disease, which can lead to early mortality or decompensation of body systems, this problem is of great relevance.

The research was conducted at the Department of Internal Medicine No.2 of Poltava State Medical University. The clinical site was the Poltava Regional Clinical Medical Cardiovascular Center of the Poltava Regional Council. All patients with arterial hypertension and its comorbidities were examined in accordance with the order of the Ministry of Health of Ukraine (Order No. 297 as of April 2, 2010), after obtaining written consent from the patients to be included in the study. Additionally, patients were questioned using the MMAS-8, HADS, Holmes-Ray and SF-36 questionnaires in the dynamics of treatment.

The study relies on the data analysis of 152 patients with different courses of AH who underwent treatment at the above-mentioned institution throughout the period from 2018 to 2022, with the latter divided into 3 groups. Thus, the first group included 45 patients (57.8%/42.2% urban/rural residents) with isolated hypertension; the second group consisted of 68 patients (equal distribution between rural and urban residents) with combined hypertension and CHD; the third group included 39 patients (61.5% urban and 48.5% rural residents) where the course of hypertension was complicated by type 2 diabetes mellitus in addition to CHD.

For urban and rural residents, the first stage of the study identified the main rating factors of cardiovascular risk. In addition, we analyzed patient awareness of the impact of the above risk factors on the course of hypertension and adherence to its treatment. It was found that the main reason for low adherence to treatment was

difficulty in remembering the time of taking antihypertensive drugs and patients' staying away from home during the period when they needed to take the above drugs. In addition, it was found that urban residents were more informed about risk factors compared to rural residents

Regarding the adjusted risk factors, it was found that in patients with isolated hypertension in the city, nutritional factors and excessive alcohol consumption prevailed, whereas in the rural population, nutritional factors and obesity were more typical. Regarding patients with comorbid hypertension and coronary artery disease, a decrease in physical activity and unhealthy diet was observed in urban patients, while similar factors were characteristic of rural residents, but with a diametrically opposite prevalence. In patients of the third group, both rural and urban residents were characterized by low physical activity, unhealthy diet, and obesity.

Upon analyzing anxiety and depression levels using the HADS scale, it became evident that as comorbidity increased, instances of anxiety and depressive disorders became more prevalent. Hence, in patients with an isolated course of HD, the absence of manifestations of anxiety or depression was observed in 55.6% of patients, in the group with a combined course of HD and CHD – 44.1%, in group 3 – 10.3% of patients. At the same time, the level of anxiety-depressive disorders and lipid metabolism parameters were found to be dependent. In patients with clinical manifestations of anxiety and/or depression, the highest values of the atherogenicity index ($r>0.71$) and triglycerides ($r>0.91$) were observed among the patients of the compared groups. Regarding the level of accumulated stress (Holmes-Ray scale), a direct strong correlation was found between the level of accumulated stress and the level of systolic blood pressure ($r>0.89$).

Assessing the quality of life through the SF-36 questionnaire revealed the dependence of the quality of life (QOL) on the severity of the course of HD. In patients with isolated course of HD, the quality of life was the highest, and in fact, it had little effect on the daily life of patients. At the same time, urban residents with combined courses of HD and CHD had clinically pronounced symptoms of

fatigue and general exhaustion (GE), while patients in rural areas had clinically pronounced pain intensity (PI), which further affected their ability to perform daily activities. In addition, urban residents were characterized by a decrease in vital activity (VT) and role functioning due to emotional state (ES). In rural residents with comorbidities of HD, CHD and type 2 DM, the quality of life decreased due to both mental and physical components of health. The clinically significant difference was determined in the emotional state (ES), the level of vital activity (VT), and the level of mental health (MH). Regarding the physical component of health, the difference in physical functioning (PF), general health (GH), and role functioning due to physical condition (PC) was clinically expressed.

To mitigate cardiovascular risk, comprehensive screening diagnosis algorithms (utilizing self-assessment questionnaires) and preventive counseling strategies have been proposed. These include informative cards for non-pharmacological interventions targeting the primary risk factors associated with chronic non-communicable diseases (NCDs), tailored to the patient's residential context. Additionally, region-specific preventive counseling algorithms addressing aspects such as healthy lifestyles, dietary guidelines, and physical activity have been formulated.

In the second stage, one year after the initial treatment, we analyzed the QOL of patients who conscientiously adhered to or did not follow/partially followed the recommendations, which we developed for them. A total of 70.9% (110 out of 152) patients took part in the second survey. Among them, 78 patients (70.9%) followed the recommendations, 32 patients (29.1%) did not follow the recommendations or did not follow them regularly. In general, a moderate increase in both physical and mental components of QOL was observed in both urban and rural residents. However, there was a significant difference in the parameters of patients who adhered to and did not regularly follow the recommendations. In patients of group 1, a significant increase in role functioning due to physical condition (PC) by 10.7% ($p=0.045$) and general physical health (PH*) by 17.7% ($p<0.001$) was noted. Regarding the mental component of health, urban residents

showed an increase in vital activity (VT) by 16.4% ($p < 0.05$) and general mental health (MH*) by 14.3% ($p < 0.05$). At the same time, only a clinically significant increase in vital activity (VT) by 10.7% ($p = 0.02$) was characteristic of rural residents.

In patients with comorbid HD and CHD, a clinically significant difference ($p < 0.05$) between patients who adhered to and did not follow the recommendations was observed for all indicators of mental and physical health components, except for social functioning (SF) and role functioning due to emotional state (ES). In urban residents with comorbid course of HD, CHD and type 2 DM, a clinically significant difference in the physical component of quality of life was determined in the level of physical functioning (PF) – 11, 8%, ($p < 0.05$), pain intensity (PI) – 18.7% ($p < 0.05$), general health (GH) – 24.4% ($p < 0.05$) and general physical component of health (PH*) - 13.8% ($p < 0.05$). At the same time, a clinically significant difference was noted in the total mental health component (MH*) – 17.0% ($p < 0.001$). In rural residents, a clinically significant increase in the level of quality of life was mainly due to the mental component of health: vital activity (VT) – 13.4% ($p < 0.05$), social functioning (SF) – 13.8% ($p < 0.05$), role functioning due to emotional state (ES) – 13.3% ($p < 0.001$), total mental health component (MH*) – 12.9% ($p < 0.05$). The physical component of health differed clinically only in terms of pain intensity (PI) – 22.7% ($p < 0.001$). Thus, it has been found that compliance with the proposed recommendations effectively influences the quality of life of both rural and urban residents with hypertension and its comorbidities.

Key words: arterial hypertension, hypertensive disease, cardiovascular risk, type 2 diabetes mellitus, coronary heart disease, psychosomatic factors, anxiety, depression, stress, quality of life, comorbidity, anxiety-depressive disorders, HADS, antihypertensive therapy, risk factors.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Черкун МП, Катеренчук ІП. Інформованість міських і сільських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби як передумови прихильності до лікувально-профілактичних заходів. Україна. Здоров'я нації, 2020; 2 (59):155-159. *(Здобувачем проведено опитування, статистичний аналіз отриманих даних, підготовка статті до друку).*
2. Черкун МП, Катеренчук ІП. Вплив психосоматичних факторів на клінічні особливості коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби та прихильність до антигіпертензивної терапії у міських і сільських жителів. Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2020;2:189-194. *(Здобувачем проведено опитування, статистичний аналіз отриманих даних, підготовка статті до друку).*
3. Черкун МП. Причини зниження прихильності до лікування гіпертонічної хвороби у сільських та міських жителів. Актуальні проблеми сучасної медицини, 2023;2.1:87-91. *(Здобувачем проведено опитування, статистичний аналіз отриманих даних, підготовка статті до друку).*
4. Черкун МП, Катеренчук ІП. Порівняльна оцінка показників якості життя сільських і міських жителів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби. Світ медицини та біології, 2023;2(84):167-171. *(Здобувачем проведено опитування, статистичний аналіз отриманих даних, підготовка статті до друку).*
5. Черкун МП. Вплив тривоги і депресії на фізичний компонент якості життя сільського і міського населення з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.2023, 23.4: 167-170. *(Здобувачем проведено опитування, статистичний аналіз отриманих даних, підготовка статті до друку).*
6. Черкун МП. The impact of anxiety and depression on the mental well-being of patients with hypertensive disease. Clinical and Preventive Medicine, 2023, 6:

61-67. *(Здобувачем проведено опитування, статистичний аналіз отриманих даних, підготовка статті до друку).*

Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів конференції

7. Катеренчук ІП, Черкун МП. Виявлення модифікованих факторів ризику та їх профілактика у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, асоційованою з терапевтичними захворюваннями психосоматичного генезу. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива» Чернівці, 18-19 жовтня 2018 р., с. 96-97. *(Здобувач здійснила обстеження хворих, статистичну обробку результатів, аналіз отриманих даних, оформлення тез).*
8. Катеренчук ІП, Черкун МП, Рустамян СТ, Тесленко ЮВ. «Особливості поєданого впливу факторів кардіоваскулярного ризику на коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ІХС і ХХН у міських та сільських жителів». Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої до 100-річчя від дня народження акад. Л.Т. Малої «Ювілейні терапевтичні читання. Клінічна та профілактична медицина: досвід та нові напрямки розвитку», 11-12 квітня 2019 р., Харків. С.103. *(Здобувач здійснила обстеження хворих, статистичну обробку результатів, аналіз отриманих даних, оформлення тез).*
9. Черкун МП, Катеренчук ІП. «Адаптаційний потенціал особистості у міських і сільських жителів з коморбідним перебігом артеріальної гіпертензії». Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» Полтава, 22 листопада 2019 р., с.27-28. *(Здобувач здійснила обстеження хворих, статистичну обробку результатів, аналіз отриманих даних, оформлення тез та усної доповіді).*

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	17
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ У СІЛЬСЬКОГО ТА МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	24
1.1. Сучасні погляди на гіпертонічну хворобу як основну причину небезпечних серцево-судинних подій.....	24
1.2. Психосоціальні фактори та психосоціальна адаптація у сільських і міських жителів як причина коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби.....	30
1.3. Особливості клінічного перебігу, терапії і профілактики гіпертонічної хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів.	34
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	44
2.1. Загальна характеристика клінічного матеріалу.....	44
2.2. Методи дослідження.....	48
2.3. Статистична обробка одержаних результатів.....	55
РОЗДІЛ 3. КЛІНІЧНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ.	56
3.1. Інформованість сільських і міських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби та оцінка прихильності до лікування пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби.....	56

- 3.2. Особливості і рейтинги факторів ризику гіпертонічної хвороби, асоційованих з іншими захворюваннями психосоціального генезу у сільських та міських жителів..... 64
- 3.3. Порівняльна оцінка якості життя сільських і міських жителів з гіпертонічною хворобою, асоційованою з іншими захворюваннями психосоціального генезу..... 68

РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ У СІЛЬСЬКИХ І МІСЬКИХ ЖИТЕЛІВ..... 75

- 4.1. Порівняльна характеристика клінічних проявів ГХ з ізольованим чи коморбідним перебігом в залежності від територіальної приналежності пацієнтів..... 75
- 4.2. Оцінка психологічного статусу пацієнтів та його впливу на перебіг гіпертонічної хвороби, поєднаної з іншими захворюваннями психосоціального генезу у сільських і міських жителів..... 89

Розділ 5. Ефективність терапії і профілактики гіпертонічної хвороби, поєднаної з іншими захворюваннями психосоматичного генезу у сільських і міських жителів..... 102

- 5.1. Значення профілактичних навчальних програм і навчання пацієнтів у прихильності до лікування та профілактики гіпертонічної хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності..... 102
- 5.2. Динаміка змін модифікованих факторів ризику у пацієнтів, які засвоїли навчальні програми з профілактики та лікування гіпертонічної

хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності.....	104
Обговорення результатів дослідження.....	126
Висновки.....	136
Список використаних джерел.....	138
Додатки.....	158

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ГХ – гіпертонічна хвороба
ІХС – ішемічна хвороба серця
ЦД – цукровий діабет
ХНІЗ – хронічні неінфекційні захворювання
ЯЖ – якість життя
ПТІ – протромбіновий індекс
ЕКГ – електрокардіографія
ЕХО-КГ – ехокардіографія
ЗСЛШ – задня стінка лівого шлуночка
МШП – міжшлуночкова перетинка
ФВ – фракція викиду
ФК – функціональний клас
КДРЛШ – кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка
КСРЛШ – кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка
КДРПШ – кінцевий діастолічний розмір правого шлуночка
КДО – кінцевий діастолічний об'єм
КСО – кінцевий систолічний об'єм
УО – ударний об'єм
ХМ – холтерівський моніторинг
ДМАТ – добове моніторування артеріального тиску
САТ – систолічний артеріальний тиск
ДАТ – діастолічний артеріальний тиск
ІА – індекс атерогенності
ІМТ – індекс маси тіла
ЗХ – загальний холестерин
ХСЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності
ХСЛПВЩ – холестерин ліпопротеїдів високої щільності
ТГ – тригліцериди
ІАПФ – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту

ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу

ССЗ – серцево-судинні захворювання

АГ – артеріальна гіпертензія

ВСТУП

Актуальність теми:

Кількість хворіючих на гіпертонічну хворобу в Україні сягнула майже 13 млн., що становить третину дорослого населення [1,3,6]. Знають про наявність у них гіпертонічної хвороби (ГХ) – 70%, з яких лікується близько половини [24,25]. Досягти цільового рівня артеріального тиску (АТ) вдається лише у 8% жителів сільської місцевості і 18,7 % жителів міста [49,61,62]. У 90 % хворих ГХ асоційована з терапевтичною патологією психосоматичного генезу. Причому ГХ є самостійним підґрунтям для розвитку таких хвороб, як ішемічна хвороба серця (ІХС), хронічна серцева недостатність, цереброваскулярні захворювання, які в свою чергу спричиняють ранню інвалідність та смертність хворих на ГХ. Тобто, підвищений артеріальний тиск слід розглядати як один з найважливіших факторів серцево-судинного ризику. Захворюваність на ГХ продовжує зростати і за прогнозами вже у 2025 р. у світі сягне 1,5 млрд осіб [1,5]. Така висока поширеність, тенденція до зростання, інвалідизуючі наслідки цього захворювання, особливо у людей працездатного віку, зумовлюють велику соціальну проблему. Останнім часом з'являються роботи по визначенню причин недостатнього контролю артеріального тиску в залежності від регіону проживання. Проте погляди на лікування та профілактику гіпертонічної хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності у сільських і міських жителів, залишаються сталими [78-81]. Пошук шляхів до максимального охоплення ефективним диференційованим лікуванням і профілактикою цих хворих, через достатню інформованість сільських і міських жителів про фактори ризику, залишаються актуальними. Незважаючи на широке впровадження «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», саме ця патологія залишається на першому місці у структурі кардіоваскулярних захворювань і потребує подальшого вивчення.

Зв'язок роботи науковими програмами, планами, темами:

Дисертаційна робота виконана у Полтавському державному медичному університеті. Фрагмент дисертаційної роботи входить в ініціативну НДР кафедри внутрішньої медицини №2 Полтавського державного медичного університету «Дослідження оцінки поєданого впливу факторів кардіоваскулярного ризику на коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця і хронічної хвороби нирок, особливості профілактики та реабілітації» (№ держреєстрації 0119U102851).

Мета роботи: з'ясувати рейтингове значення факторів ризику та психосоціальних факторів у особливостях клінічного перебігу гіпертонічної хвороби, в умовах коморбідності та визначити найбільш ефективні шляхи терапії і профілактики у сільських та міських жителів.

Завдання дисертаційної роботи:

1. Провести порівняльну оцінку інформованості сільських і міських жителів щодо факторів ризику розвитку і прогресування гіпертонічної хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності та їх прихильності до лікування.

2. Провести порівняльну оцінку якості життя сільських і міських жителів з гіпертонічною хворобою, що обумовлена несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності.

3. Визначити особливості коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби у сільських і міських жителів.

4. Провести оцінку психологічного статусу пацієнтів та його впливу на перебіг гіпертонічної хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності у сільських та міських жителів.

5. Удосконалити та впровадити в лікувальний процес профілактичні програми та навчання пацієнтів з метою зменшення несприятливого впливу модифікованих факторів ризику у пацієнтів в залежності від їх територіальної приналежності.

Об'єкт дослідження: гіпертонічна хвороба всіх ступенів згідно класифікації ВООЗ, що обумовлена несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності.

Предмет дослідження: фактори ризику, що впливають на контроль та цільові показники АТ в умовах коморбідного перебігу ГХ (ІХС, цукровий діабет).

Методи дослідження: формування вибірки пацієнтів на основі даних їх клініко-демографічного, антропометричного, лабораторного (рівень загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ЛПНЩ, холестерину ЛПВЩ), інструментального (електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія (ЕхоКГ), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ)) обстеження та результатів їх анкетування (визначення прихильності до лікування (MMAS-8), шкала тривоги і депресії HADS, визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Рея), методи клінічного спостереження за хворими, медико-статистичні методи обробки результатів дослідження.

Наукова новизна отриманих результатів: Розроблено комплексний алгоритм диференційованого підходу в терапії і профілактиці гіпертонічної хвороби обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності у сільських та міських жителів на основі підвищеного рівня інформованості та зміни модифікованих факторів ризику у пацієнтів, після використання розроблених інформаційних карт щодо немедикаментозної корекції основних факторів ризику ХНІЗ в залежності від місця проживання.

Доведено, що проведення самоанкетування на початковому етапі обстеження пацієнтів з ГХ сприяє ранньому виявленню несприятливих факторів ризику у розвитку та прогресуванню захворювання, що в свою чергу дає можливість своєчасно скоригувати спосіб життя, як наслідок знизити кардіоваскулярний ризик.

Особистий внесок здобувача: Дисертаційна робота виконана особисто автором на базі Полтавського державного медичного університету та

Полтавського обласного клінічного медичного кардіоваскулярного центру, який є клінічною базою кафедри внутрішньої медицини №2. Самостійно сформульовано задачі дослідження, опрацьовано статистичні методики обробки інформації з архівних матеріалів, розроблено критерії включення та виключення пацієнтів у дослідженні. Здійснено відбір пацієнтів для дослідження, проведення анкетування, сформовано електронну базу даних. Проведено статистичну обробку, аналіз і узагальнення отриманих результатів, сформульовано основні висновки та положення роботи, підготовлено до опублікування результати досліджень, написано всі розділи дисертації. Здобувачка брала активну участь у представленні результатів роботи в матеріалах конференцій. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням автора.

Впровадження в практику результатів дослідження:

Результати дослідження впроваджені в практику роботи КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»; КП «5-а міська клінічна лікарня ПМР»; КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2»; ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги».

Матеріали дисертаційного дослідження впроваджені у навчальний процес кафедри внутрішньої медицини №2 Полтавського державного медичного університету; Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; Буковинського державного медичного університету; Харківського національного медичного університету.

Апробація результатів дисертації: Основні положення роботи доповідались на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива» 18-19 жовтня 2018 року (місто Чернівці); Науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченої до 100-річчя від дня народження академіка Л.Т. Малої «Ювілейні терапевтичні читання. Клінічна та профілактична медицина:

досвід та нові напрямки розвитку», 11-12 квітня 2019 року (місто Харків);
Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» 22 листопада 2019 року (місто Полтава);
Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука - 2023» 1 грудня 2023 року (місто Полтава);

Публікації: За темою дисертації опубліковано 9 наукових робіт, з них 4 статей у наукових спеціалізованих виданнях, що внесені до переліку фахових видань України; 2 статті у виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз: 1 – у SCOPUS та 1 – у Web of Science; 3 тез у матеріалах конференцій.

Обсяг та структура дисертації

Дисертація викладена українською мовою на 175 сторінках комп'ютерного набору, містить 40 таблиць та 10 рисунків. Складається з анотації українською та англійською мовами, переліку наукових робіт здобувача, опублікованих за темою дисертації, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів обстеження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який містить 161 джерело – 66 кирилицею та 95 латиницею, 6 додатків.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ У СІЛЬСЬКОГО ТА МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ.

1.1. Сучасні погляди на гіпертонічну хворобу як основну причину небезпечних серцево-судинних подій.

За даними ВООЗ, у світі майже кожна четверта особа працездатного віку страждає на первинну артеріальну гіпертензію (АГ). Тенденція до захворюваності і поширеності АГ у різних країнах має свої особливості. У країнах Європи розповсюдженість АГ складає 30-45% [1-3]. Враховуючи рекомендації Американської асоціації серця/Американського кардіологічного коледжу (American Heart Association/American College of Cardiology — АНА/АСС 2017 р.), згідно яких I ступінь гіпертонічної хвороби (ГХ) відповідає значенням 130-139/80-89 мм.рт.ст., показники поширеності захворювання гіпертонічною хворобою безумовно зростуть [4]. За даними дослідження Kearney, кількість осіб з гіпертензією до 2025 року зросте на 15-20% і сягне близько 1 млрд 560 тис. осіб [1,5]. Особливості вікової градації наявності АГ, згідно даних популяційно-репрезентативних досліджень, за участю 104 мільйонів осіб, проведених в період між 1990-2019 роками: 32% жінок та 34% чоловіків віком від 30 до 79 років хворіють на ГХ станом на 2019 рік. Отримані дані в порівнянні з 1990 роком свідчать про подвоєння кількості людей з АГ [6]. У віковій групі за 60 років, поширеність АГ складає 60% [1]. За даними відкритого багатоцентрового епідеміологічного дослідження СТАРТ, що проводилося в період з березня 2017 р. по травень 2017 р., до якого було залучено 1485 пацієнтів з 11 областей України та м. Київ встановлено: число пацієнтів, які освідомлені про наявність АГ, але не лікуються – 60,9 % [7]. Згідно дослідження STEPS в Україні станом на 2019 рік 34,8% пацієнтів лікують АГ. При цьому досягати цільового АТ

нижче 140/90 вдається лише 14,4% пацієнтів [8]. Дані дослідження VP-CARE, свідчать про досягнення цільових показників АТ у 16,4 % хворих на АГ [9].

Навіть у пацієнтів з АГ дуже високого ризику цільові рівні АТ залишаються незадовільними [10]. У таких країнах, як США, Канада, Південна Корея, Німеччина, Великобританія лікують АГ 70% пацієнтів, а цільового рівня АТ досягають близько 50 % [8,9,11]. В Україні ж цільового рівня артеріального тиску нижче 140/90 мм.рт.ст не вдається досягти у 69% пацієнтів [12].

В Україні на серцево-судинні захворювання (ССЗ) страждають близько 14 млн. чоловік. Смертність від ССЗ, є однією з найвищих як в Україні, так і у світі [13,14]. Артеріальна гіпертензія – одне з провідних захворювань серцево-судинної системи, що призводить до майже 9 мільйонів смертей серед дорослого населення щороку [1,15-17]. У структурі загальної смертності вона складає порядку 68,2 %, згідно офіційних даних на січень 2013 р. [5,17,18]. АГ посідає перше місце в структурі ССЗ і досягає 41,2 %, згідно інформації наданої ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені М.Д. Стражеска» НАМН України [19].

АГ є самостійним предиктором розвитку таких хвороб як ішемічна хвороба серця (ІХС), цереброваскулярні захворювання, хронічна серцева недостатність, хронічна хвороба нирок, які в свою чергу спричиняють ранню інвалідність та смертність [1,20-22]. Підвищення артеріального тиску є ключовим фактором ризику розвитку ІХС [23]. Обізнаність жителів України про наявність у них АГ складає 70%, з яких лікується близько половини [24,25]. Така висока поширеність, прогностична тенденція до зростання, інвалідизуючі наслідки АГ, враховуючи осіб працездатного віку, обумовлюють неабияку соціальну проблему.

Від рівня систолічного АТ залежить ризик смертності від ІХС. Він складає 41% у чоловіків (40–59 років) і 34% у жінок (30–69 років). Поєднання АГ та ішемічної хвороби серця, яке наявне більше ніж у 60% українців, значно підвищує ризик таких ускладнень як інфаркт міокарда, інсульт,

серцева недостатність (СН) [27]. Не дивлячись на невтішні статистичні дані, відсоток осіб, які досягли цільового рівня артеріального тиску, залишається в популяції дуже низьким. Як наслідок, залишаються неконтрольованими і ризику розвитку ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності, інсульту, захворювань периферичних артерій, ниркової недостатності [28]. Гіпертензія, крім вище перерахованих важких ускладнень серцево-судинної системи, нирок, головного мозку призводить до раннього старіння організму [14,29,30]. АГ рідко є самостійним захворюванням, вона часто поєднується з іншими факторами кардіо-васкулярного ризику (ожирінням, цукровим діабетом, атеросклерозом), які часто виявляються вже у віці 40–50 років [31–34]. За результатами інформації численних досліджень підтверджено, що вплив на фактори ризику (ФР), а саме паління, зловживання алкоголем, ожиріння, підвищені показники артеріального тиску, доказово зменшує захворюваність, смертність, розвиток вторинних ускладнень від ССЗ вдвічі, в той час як сучасні методи лікування – на 40% [16,18,35,36]. У глобальних практичних рекомендаціях Міжнародного товариства артеріальної гіпертензії 2020 року, зазначено конкретні можливі цифри зниження рівня артеріального тиску за умови впливу на фактори ризику [37]. Так, дотримання дієти багатой на фрукти, овочі, цільнозернові продукти, поліненасичені жири та обмеження вживання продуктів з високим вмістом цукру, насичених жирів та трансжирів (DASH-дієта) здатні знизити рівень АТ на 7 мм.рт.ст. [38]. Обмеження вживання солі до 5 г/добу здатне зменшити рівень АТ на 5 мм.рт.ст. Регулярні аеробні вправи помірної інтенсивності такі як ходьба, біг, йога, плавання, їзда на велосипеді 5-7р/тиждень по 30 хв на день дадуть змогу знизити АТ на 5 мм.рт.ст. Аналогічним впливом володіють і силові вправи з навантаженням при виконанні їх 2-3 рази на добу. Зниження маси тіла на 1 кг зменшує рівень АТ на 2 мм.рт.ст [39]. Відмова від паління забезпечить зниження АТ на 5 мм.рт.ст, а відмова від щоденного вживання 30 мл. етанолу на 4 мм.рт.ст [39-41]. За результатами дослідження EMPA-REG OUTCOME, нормалізація рівня глюкози знижує ризик ССЗ на 38% [42].

В ході європейського дослідження профілактики ССЗ і цукрового діабету (ЦД) EUROASPIRE IV, де прийняла участь і Україна, виявлено, що з 643 пацієнтів, громадян України, регулярно стежать за рівнем маси тіла – 66,14%, визначають обхват талії – п'ята частина пацієнтів, слідкують за рівнем ліпідного спектру крові – 53,94%. Найбільш проблемним з контрольованих факторів ризику ССЗ є рівень глікемії натще – у 10,24% пацієнтів [43]. Згідно з оприлюдненими результатами даного дослідження для української популяції, виявлено розвиток атеросклерозу у досить ранньому віці. Ожиріння населення набуло рівня епідемії, що співставно і з європейськими країнами-учасниками даного дослідження. У п'ятій частині пацієнтів було діагностовано ЦД, ГХ – 82% [44]. Практично всі українські пацієнти, які були освідомлені про наявність в них підвищених показників АТ, отримували адекватну антигіпертензивну терапію, але лише близько половини притримувались дієти [35,36,45,46]. Згідно дослідження EUROASPIRE V, що проходило протягом 2016-2017 років, спосіб життя наших громадян негативно впливає на контроль факторів ризику ССЗ. Такі фактори, як гіпертензія, підвищений рівень ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), висока поширеність цукрового діабету та низький контроль глікемії, продовжують залишатися актуальними. Незважаючи на прийом адекватної антигіпертензивної та кардіопротекторної терапії, пацієнти не досягали цільового рівня артеріального тиску, ліпідного та глікемічного профілю [47,48].

Гіпертензія є незалежним фактором ризику розвитку когнітивних дисфункцій (сприяє зниженню пам'яті та інтелекту) і є головним фактором ризику розвитку і прогресування судинної деменції [49]. Існує концепція «мультимодального ураження органів-мішеней при АГ», згідно якої ураження органів-мішеней, такі як гіпертрофія лівого шлуночка чи дисфункція ендотелію, перестали розглядатися як наслідок прогресування АГ [50].

Із збільшенням рівня АТ до 160/95 мм.рт.ст. ризик розвитку інсульту зростає в 4 рази, а при рівні АТ 200/115 мм.рт.ст. зростає в 10 разів [1]. Тобто і сам рівень підвищення АТ має вагоме значення. Це підтверджують дані дослідження EUROASPIRE IV, згідно яких, у пацієнтів з підтвердженою ІХС, у 42 % чоловіків і 44 % жінок рівень АТ був більше 140/90 мм.рт.ст., а рівень АТ більше 130/80 мм.рт.ст. мав місце у близько 70 % пацієнтів [35,36].

Підвищення рівня артеріального тиску слід розглядати як один з найважливіших факторів серцево-судинного ризику, що має негативний вплив на виживання в загальній популяції (Law M.R. et al., 2009) [51]. Питання щодо визначення цільових рівнів АТ залишається відкритим. За результатами клінічного дослідження SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial 2015 р.), більше зниження систолічного артеріального тиску (нижче 120 мм.рт.ст.), у порівнянні з рекомендованим зараз цільовим рівнем (нижче 140 мм.рт.ст.), призводить до значного зниження серцево-судинних захворювань, серцево-судинної і, що найважливіше, загальної смертності [25]. У 2020 році вийшли глобальні практичні рекомендації Міжнародної спілки гіпертонічної хвороби, в яких говориться про базове зниження АТ хоча б на 20/10 мм.рт.ст, ідеально нижче 140/90 мм.рт.ст. Оптимальний цільовий рівень АТ нижче 130/80 мм.рт.ст. (але вище 120/70 мм.рт.ст.) у людей до 60 років [39]. Останні рекомендації європейського товариства кардіологів (ЄТК) 2021 та 2023 років орієнтують на первинне зниження АТ нижче 140/90 мм.рт.ст у всіх пацієнтів. Подальший цільовий рівень АТ визначається віком та специфічними коморбідними станами. Пацієнтам віком 18-69 років, які лікуються, рекомендовано подальше зниження АТ до цільового рівня 120-130 мм.рт.ст. Пацієнтам віком 70 років і старше, рекомендовано зниження АТ до цільових 130 мм.рт.ст., при переносимості [53,54]. Рекомендовані цільові рівні діастолічного тиску склали 70-79 мм.рт.ст. Дані рівні цільового АТ актуальні й поширюються на коморбідний перебіг АГ з ІХС та ЦД [1]. ВООЗ у 2021 році оприлюднила рекомендований цільовий рівень АТ нижче 140/90 мм.рт.ст. у всіх пацієнтів без

коморбідностей. У пацієнтів з АГ і встановленими ССЗ та в пацієнтів високого ризику (ЦД, ХХН) рекомендовано цільовий САТ нижче 130 мм.рт.ст [56,57]. Незалежним фактором негативних клінічних наслідків при АГ є не тільки рівень офісного систолічного АТ, але і АТ у ранковий час, характер добового профілю та варіабельність АТ (Cheng H.M. et al., 2017) [58].

Досягнення цільового рівня артеріального тиску має бути головним завданням не лише у світі, а і в нашій країні. Цієї мети досягти не вдається навіть країнам Західної Європи та Америки з розвинутою системою страхової медицини [59]. Можливим поясненням цьому є факт низької прихильності до лікування, через те, що у частини пацієнтів АГ має безсимптомний перебіг та кориговані фактори ризику різняться у різних верств населення. Зокрема недостатньо уваги надається психосоціальним факторам та психосоціальній адаптації у осіб сільського та міського населення [60].

Поширеність АГ у міській популяції в Україні у 2010 році становила 29,6%, у сільській популяції – 36,3%. Серед сільського населення прослідковується захворюваність на ГХ у 76 % чоловічого населення і 65% жіночого населення, які досягли віку 55–65 років. Серед жителів міста відповідно ГХ мають 80% жінок і 72 % чоловіків. Обізнані про наявність у них ГХ 60% чоловіків і 68% жінок сільської популяції та 56% чоловіків і 87% жінок міської популяції [61]. Рівень досягнення цільового АТ становив 15 % у міській популяції, у жителів села менше 8 % [49,61,62]. Недостатній рівень профілактики АГ та її ускладнень не дивлячись на те, що дане захворювання зустрічається у третини дорослого населення України, продовжує залишатись причиною високої смертності як сільського, так і міського населення. Сучасна профілактика ускладнень ГХ базується на концепції сумарного серцево-судинного ризику (ССР). Комплексний підхід до стратифікації ССР дає змогу виділити осіб із несприятливим прогнозом щодо перебігу АГ та більш агресивно модифікувати ФР. Та кожен з цих ФР,

частіше за все, розглядають ізольовано, всупереч тому, що ССЗ є багатofакторними за походженням [63,64].

1.2. Психосоціальні фактори та психосоціальна адаптація у сільських і міських жителів як причина коморбідного перебігу артеріальної гіпертензії.

Серед ФР розвитку ССЗ значна роль належить психосоціальним факторам, зокрема, тривожним та депресивним розладам, які розвиваються у відповідь на стрес життєвих ситуацій, постійну стресову напругу на роботі, недостатнє соціально-економічне положення в суспільстві, вкрай низьку допомогу на соціальному рівні [65-68]. У перебігу коморбідної патології в поєднанні з депресією доведено зниження якості життя і зростання рівня смертності від ССЗ не дивлячись на такі ФР кардіоваскулярної патології як підвищений рівень холестерину і рівень АТ [69-71].

Згідно даних Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, виходячи з значних темпів зростання депресивної симптоматики уже в 2020 році, її поширеність зростає на 5,7% у порівнянні з минулими роками та стала другою причиною інвалідизації населення у світі після ІХС. Дані ВООЗ засвідчують про наявність депресивних розладів у більше 4% населення Землі. З віком прослідковується зростання розповсюдженості даної патології і сягає більше 18% у похилому та старечому віці [66]. В Європейських країнах частота розповсюдженості депресії у хворих на АГ складає від 8,2 до 62,5%, а тривога визначається від 12,0% до 63,7% [72,73]. Частка розладів психічного здоров'я займає 12 % у структурі інших хвороб у всіх країнах світу, причому в осіб молодого віку. Неабиякого значення ці чинники набули і в українській популяції. За результатами проведеного соціологічного опитування на початку 2015 р., у 22 областях України, наявність в них тривоги зазначали 63% респондентів [74].

Тривога – найпоширеніше захворювання психічної сфери, що істотно знижує якість життя населення. У ряді досліджень сучасних науковців

прослідковується залежність розвитку гіпертензії у осіб, які мають підвищений рівень тривожності [75], і навпаки хворі на АГ, схильні до розвитку тривожних розладів [1,5,76]. Згідно результатів рандомізованого дослідження SWITCHD, в жінок з тривожними розладами ризик виникнення ІХС зростав у 2,2 рази, а ризик виникнення інфаркту міокарду – в 2,5 рази, без урахування інших ФР. Також в ході дослідження виявлено, що жінки, які проходили групову програму для зниження рівня стресу, після перенесених гострих серцевих подій мали в 3 рази більшу виживаність, ніж жінки, які проходили звичайне лікування та реабілітацію [77].

Депресивні розлади – це найбільш соматизовані психічні відхилення. У світі показник розповсюдженості депресії складає 350 млн. осіб і переважна більшість з них не підтверджують наявності цієї недуги. Згідно даних закордонних мета-аналітичних досліджень, встановлено чіткий кореляційний зв'язок між наявністю тривоги і депресії (як факторів кардіоваскулярного ризику) у індивіда і виникненням АГ. Деякі науковці схильні виокремлювати тривогу та депресію в якості незалежних факторів серцево-судинних захворювань [5,66,78-80]. Judith H. Lichtman et.al. розглядають стрес та психосоціальні фактори головними у виникненні ГХ та ІХС, а також такими, що сприяють дестабілізації стану у випадку наявності даної патології [67,81]. Згідно висновків отриманих в ході інших досліджень, психосоціальні фактори погіршують пристосувальні можливості організму та обтяжують соматичну патологію пацієнтів [82]. Міжнародне товариство артеріальної гіпертензії у 2020 році закликала сприяти зниженню рівня стресу та підвищити освідченість населення про фактори ризику АГ [39].

Згідно епідеміологічного дослідження NHANES I (National Health and Nutrition Examination Survey), проведеного в США, достовірно підтверджено, що особи, схильні до стресових, тривожних та депресивних впливів, мають в 1,8 разів більший ризик виникнення ГХ, навіть при нормальних вихідних показниках АТ [83].

Усі жителі як міської, так і сільської місцевостей, що страждають на порушення психіки у вигляді тривожно-депресивних розладів мають підвищену схильність до розвитку соматичних захворювань [84]. Причиною цього є знижений імунний захист, неналежне відношення до свого здоров'я, низька прихильність до призначеного лікування. Некориговані тривожно-депресивні розлади є підґрунтям для несприятливих наслідків коморбідних соматичних захворювань. Окрім підвищення рівня артеріального тиску, депресія може призводити до інфаркту міокарда та інсульту, а результати останніх досліджень засвідчили про неможливість виключення депресії у розвитку злоякісних новоутворень. Депресія відноситься до незалежних чинників, які напряду збільшують ризик виникнення коморбідної патології і смертності. І навпаки, хронічні захворювання (ССЗ, ЦД) збільшують тяжкість тривожно-депресивних розладів, утворюючи замкнуте коло [85].

Гіпертонічна хвороба вкрай рідко перебігає як самостійне захворювання, і зачасту простежується в складі коморбідності [86]. Коморбідність – це наявність двох і більше супутніх захворювань в одного пацієнта [87]. Поширеними в коморбідному перебігу ГХ є ІХС та ЦД, які взаємно обтяжують перебіг захворювання, підвищують серцево-судинний ризик та призводять до більш серйозних ускладнень. За даними досліджень, ГХ діагностується у 49 % хворих на ЦД 1-го типу, у той же час серед осіб, що мають ЦД 2-го типу, підвищення АТ прослідковується у 60% випадків [88-91]. У чоловіків з ЦД 2-го типу кардіоваскулярний ризик підвищений у 2 рази, у жінок з цією ж патологією – у 3 рази, а при коморбідному перебігу ГХ з ЦД 2-типу ССР збільшується у 4 рази [88,92]. З цих обставин Американською діабетичною асоціацією ЦД 2-го типу віднесено до ССЗ [83]. Відомо, що перебіг ЦД 2 типу асоційований з психосоматичними факторами [74,93,94].

За даними дослідження COPES (Coronary Psychosocial Evaluation Studies), у хворих госпіталізованих з гострим коронарним синдромом (нестабільною стенокардією), що перебігав на тлі підтвердженої депресії, остання збільшувала загальну смертність у двічі впродовж 42 місяців [95]. У

дослідженні EPIC – Norfolk прослідковано збільшення ризику розвитку серцевої недостатності в 4 рази у випадку перебігу ІХС в коморбідності з депресією та тривогою [96]. І навпаки, ішемія міокарду у хворих на ІХС, що спровокована дією психоемоційного стресу є чинником розвитку летальних наслідків [82].

Серед соціологічних чинників ризику розвитку психосоматичних розладів мають місце стать (у жінок більш виражена психосоматична патологія), низький рівень освіти та положення в соціумі, стресові життєві події, самі соматичні хвороби. Значне зростання психосоматичної симптоматики в загальній структурі захворюваності набуло неабияких масштабів як у структурі розладів психічної сфери, так і в клініці соматичних розладів. При цьому об'єктом уваги провідних науковців є саме психосоматичні – психогенно обумовлені розлади функціонування внутрішніх органів [74]. В умовах теперішнього часу, прослідковується масштабна соціальна нерівність різних верств населення, яка здатна впливати на популяційне й індивідуальне здоров'я. Соціальна нерівність створює напруження в суспільстві, яке проявляється у вигляді агресії, відчаю і безнадійності, а це найпоширеніші форми соціального нездоров'я. Безробіття, часта зміна роботи і місця проживання, високий рівень розлучень, тіньова економіка і корупція, воєнні конфлікти – все це посилює стрес, в першу чергу, серед чоловіків працездатного віку і молоді [97,98]. За висновками, зробленими ВООЗ, під час надзвичайних станів та ситуацій на депресію та тривогу страждає кожна п'ята людина. Депресивні та тривожні розлади – одні з найпоширеніших станів, з якими стикаються лікарі загальної практики [85,86].

Залежність фізичного здоров'я пацієнта від його психічного стану ретельно досліджується сучасними науковцями [99]. Неможливо виключити той факт, що соматична хвороба як процес спричинена і психологічними факторами і впливом емоційних чинників [74,100]. Згідно дослідження Єгорової О., Асланян Т., про залежність рівня артеріального тиску від таких

психосоціальних факторів, як: емоційна сфера, форми агресії, негативні емоційні стани в родині, у гіпертоніків груп непенсійного та пенсійного віку. Визначено, що однаково в обох групах на підвищення артеріального тиску впливають: вік, маса тіла, незадоволеність стосунками в родині та своєю зовнішністю, зменшення кількості проживаючих в родині. У групі досліджуваних, що не знаходилися на пенсії психологічними факторами, що сприяють, виникненню і прогресуванню гіпертонічної хвороби виступають: роздратованість та почуття провини; неповноцінність у суспільстві, тривога та фрустрація в родині; прагнення сили та влади, неприйняття своєї статі та неприйняття свого віку. У групі осіб з гіпертензією, що перебувають на пенсії переважають такі психосоматичні фактори: тривога, фрустрація, агресія, образа, погані відносини в сім'ї; необхідність контролювати все, що пов'язано зі своїм тілом та його проявами; наявність негативного в собі; потреба сили та влади, неприйняття свого розвитку, нестабільність та невпевненість [97,101].

1.3. Особливості клінічного перебігу, терапії і профілактики гіпертонічної хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів.

Взаємозв'язок та взаємний вплив психічного та соматичного здоров'я набув значної актуальності в наш час через урбанізацію та зростання рівня стресогенних ситуацій, обумовлених соціально-економічними, соціально-політичними умовами, демографічними та екологічними проблемами. Ці обставини стали причиною визначення ССЗ як хвороби цивілізації, а стрес закріпив цю позицію, бо відноситься до найбільш значимих факторів ризику ССЗ [102]. Зв'язок між ССЗ та психосоматичними факторами, зокрема стресом та депресивними розладами, є достовірним та асоціюється з низькою якістю життя у порівнянні із здоровими людьми [69,103]. Спільними у патофізіології депресії та ССЗ є порушення у регуляції метаболічної, імунної, гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової систем. Перехресними чинниками

розвитку депресії та ССЗ є переважання в житті негативних емоцій, негативна реакція на будь-які емоції та алекситимія (утруднення в передачі і усвідомленні емоцій) [69,104,105]. Виходячи з цього до факторів ризику ГХ можна віднести порушення розпізнавання емоцій, в свою чергу нестабільність емоційної сфери впливає на психосоціальну адаптацію, призводить до психологічного дистресу, що утворює замкнуте коло в регуляції АТ [69,106].

Серед осіб із підтвердженою гіпертонічною хворобою наявність підвищеного рівня тривожності та/або депресії прослідковується у 47,0% випадків. Згідно даних, отриманих І.Ф Здориком у результатах власних досліджень, тривожно-депресивний синдром у поєднанні з ГХ складає 54,9% в структурі всіх депресивних розладів, причому жінки займають 32,9% [5,107]. За рекомендаціями Канадської програми по вимірюванню АТ, діагностиці, оцінці ризику, профілактиці та лікуванню ГХ в осіб з клінічно діагностованою депресією, захворюваність гіпертонічною хворобою майже в 3 рази вища, ніж у пацієнтів без клінічно вираженої депресії [108,109]. У популяційному відношенні прослідковується розвиток захворювання у молодому віці, причому групу ризику складають жінки. В Європі чотири особи з 15 страждають від усіх форм депресії та тривожних розладів [85]. В Україні в загальній популяції важкі депресії прослідковуються у 5,9 %, тривожні розлади 8,3 %, дистимії у 3,3 % випадків [5,74]. Великий відсоток депресивних станів у поєднанні з соматичними хворобами залишаються не виявленими, через небажання пацієнтів обговорювати свій стан та соціальну стигматизацію або через те, що не припускають зв'язку своїх скарг із психічними розладами [63]. Такі скарги як підвищена втомлюваність, запаморочення, головний біль, розлади сну, зниження працездатності, пам'яті, уваги є спільними як для гіпертонічної хвороби, так і для тривожно-депресивних розладів. Тому лікарями загальної практики не приділяється належної уваги хворим на гіпертонію з симптомами депресії, вважаючи дану симптоматику звичайною реакцією на важкий перебіг АГ, і як наслідок

лікування націлене лише в бік підвищеного рівня АТ. Ці обставини сприяють прогресуванню та хронізації депресій у осіб з гіпертонічною хворобою, що призводить до поганого контролю рівня артеріального тиску та зниження якості життя пацієнтів [5,110-113].

Згідно даних досліджень останніх років депресія розглядається не тільки, як фактор ризику ССЗ, вона займає першість серед ФР кардіоваскулярної патології [69,114]. В основі патогенезу серцево-судинної патології, що виникла під впливом психосоціального стресу лежить активація симпатичної нервової системи, що проявляється збільшенням числа серцевих скорочень і підвищеним рівнем артеріального тиску, та зниженням активності парасимпатичної нервової системи. Ця дисфункція сприяє збільшенню потреби міокарда в кисні, підвищенню показників згортання крові, розвитку ендотеліальній дисфункції, гіперліпідемії та супроводжується вісцеральним/абдомінальним ожирінням. Тобто у відповідь на стрес розвивається гіперреактивність симпатичної нервової системи [115]. Це твердження лягло в ряд ранніх гіпотез етіології есенціальної гіпертензії: особи з пограничною гіпертензією мають більшу стрес індуковану реакцію кардіо-васкулярної системи, ніж нормотоніки; у нащадків гіпертоніків прослідковується значніше збільшення рівня артеріального тиску у відповідь на стрес. Гіперреактивність симпатичної нервової системи активує атерогенез шляхом пошкодження ендотелію внаслідок підвищеного рівня артеріального тиску та відкладання атеросклеротичних бляшок, збільшення комплексу інтима-медія [65].

Згідно опублікованих результатів стандартизованого дослідження INTERHEART, в якому приймало участь 52 країни, можливість захворювання на інфаркт міокарда в осіб, які перебували в стані психосоціального стресу, в 2,67 разів вище, ніж у групі порівняння [62,116,117].

За результатами дослідження, проведеного Харківською обласною клінічною лікарнею та центром екстреної медичної допомоги та медицини

катастроф протягом 2016 – 2018 років, в якому прийняло участь 383 пацієнти з кардіоваскулярними проявами, підтверджено, що вплив психоемоційних стрес-потенціюючих чинників сприяє прогресуванню соматичної патології і вказує на вагому роль психічних аспектів на перебіг цереброваскулярних проявів [93,116].

У 2018 році нові Європейські рекомендації ESC/ESH по лікуванню АГ були представлені на конгресі Європейського товариства кардіологів 2018 року [1]. Як і в попередніх рекомендаціях, наголошується на вплив на модифіковані фактори ризику: дотримання здорового способу життя всіма пацієнтами незалежно від віку, супутньої патології та рівня артеріального тиску; правильне харчування з обмеженням солі, алкоголю, припинення паління; виконання регулярного фізичного навантаження; контроль за масою тіла і обводом талії. Основні положення даних рекомендацій: 1) Цільові рівні АТ знижені: рівень систолічного АТ менше 130 мм. рт. ст., для осіб до 65 років, і менше 140 мм. рт. ст. для пацієнтів віку 65-80 років. Цільовий рівень діастолічного артеріального тиску визначено на рівні 80 мм. рт. ст. Пацієнти від 80 років і старше не є винятком і повинні отримувати антигіпертензивну терапію до цільового рівня АТ від 130 до 139 мм. рт.ст., при умові, що терапія добре переноситься. Вік не являється підставою для відмови від прийому антигіпертензивних препаратів; 2) Початок медикаментозної терапії може мати місце в осіб з високим нормальним артеріальним тиском, що визначається від 130 до 139 мм.рт.ст. / 85 до 89 мм.рт.ст., у разі приналежності їх до групи високого серцево-судинного ризику; 3) Антигіпертензивну терапію слід починати з двокомпонентної терапії в одній таблетці; 4) В якості першої лінії рекомендуються інгібітори АПФ або блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) в поєднанні з блокаторами кальцієвих каналів і/або тіазидними або тіазидоподібними сечогінними препаратами; 5) В якості другої лінії використовується потрійна комбінація (інгібітори АПФ чи БРА + антагоністи кальцієвих каналів+діуретик); 6) У випадку низької фракції викиду лівого шлуночка та у разі резистентної

гіпертензії рекомендовано додавання низьких доз спіронолактону до існуючого лікування [1].

У Європейських рекомендаціях ESC/ESH 2021 року психосоматичні розлади із значними функціональними порушеннями було включено до переліку некардіальних захворювань і станів, які збільшують імовірність розвитку серцево-судинних захворювань [118,119].

За останніми Європейськими рекомендаціями ESC/ESH 2023 року рекомендовано починати медикаментозну терапію у тих пацієнтів, які мають середній систолічний АТ від 130 до 139 мм.рт.ст. та/або діастолічний АТ від 80 до 89 мм.рт.ст. З метою антигіпертензивної терапії для запобігання зниженню когнітивних функцій рекомендується застосування нестероїдного мінералокортикоїдного антагоніста фінеренону. Також більша увага приділяється позаофісному вимірюванню АТ [54,120].

Згідно дворічного ретроспективного когортного дослідження, проведеного в США, серед пацієнтів з клінічно вираженою депресією, які не мали проявів ССЗ, ризик виникнення інфаркту міокарда та смертності від усіх кардіоваскулярних причин також знижувався з отриманням фармакотерапії різними класами антидепресантів протягом 12 тижнів, у порівнянні з групою пацієнтів, що мали депресивний розлад і не отримували медикаментозної терапії [121]. Великою кількістю науковців було підтверджено, що стабілізація психологічного стану у пацієнтів з ГХ нормалізує реактивність серцево-судинної системи на стрес-індукуючі події. Вчасне встановлення і лікування наявного тривожного та/або депресивного розладу, дозволяє досягти кращого контролю рівня артеріального тиску, особливо у пацієнтів з злоякісним перебігом АГ [122]. Існує концепція чинників ризику хронічних неінфекційних захворювань, що створена за результатами багаточисельних епідеміологічних досліджень. На основі цієї концепції опосередковано, через вплив на фактори ризику, ґрунтується профілактика ССЗ [103,113,123,124]. Численними закордонними керівництвами та клінічними настановами, контроль АТ визнано головною

метою первинної та вторинної профілактики ураження органів-мішеней [125].

Так як вплив стресового фактору на розвиток і прогресування кардіоваскулярних розладів не викликає сумнівів [94], створено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Згідно розпорядження КМУ від 26.07.2018 року № 530-р, в якому головним фактором ризику хвороб системи кровообігу, визначено поведінковий (п. 2.1), та окремо вказано про шкідливий вплив на здоров'я тривалого психоемоційного напруження (п. 2.11). Мета даного плану базується на профілактиці серцево-судинної патології, через «...формування засад і навичок здорового способу життя населення та забезпечення виявлення й моніторингу наявності і динаміки ФР на всіх рівнях надання медичної допомоги» (р. 12), а також «...формування навичок контролю та психологічного впливу медичних працівників на пацієнтів, у яких виявлено ФР виникнення неінфекційних захворювань, з урахуванням принципів медичної деонтології» (п.3.6) [116].

Стан проблеми потребує розробки навчальних програм для лікарів загальної практики, алгоритмів лікувальної тактики та профілактики при виявленні пацієнтів із зв'язком психосоматичних факторів у розвитку АГ [10]. Не дивлячись на ці вагомні дані, в Україні не існує цілеспрямованої політики щодо цих факторів та профілактики ССЗ [103].

АГ є головним ФР, від якого напряму залежить рівень смертності населення України. Ефективне лікування підвищеного рівня АТ, залишається непосильним завданням багатьох країн світу [126]. В Україні за даними державної статистики необхідне лікування направлене на зниження рівня АТ отримували у 2000 р.– 28,9%, у 2005 р. – 48%, у 2010 р. – 37,5% пацієнтів з групи осіб, які знали про наявність у них гіпертензії (Свищенко Є.П., 2010), а показник досягнення цільового рівня АТ становив 8% у сільських жителів та менше 15% — у міських жителів (МОЗ України, 2012) [62]. Профілактика ССЗ в Україні проводиться відповідно до постанови КМУ від 25.04.2012 р. №

340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою» та від 05.09.2012р. № 907 «Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» забезпечується державна програма реімбурсації з метою лікування та профілактики гіпертонічної хвороби. Реімбурсація (англ. reimbursement – виплата компенсацій) – загальноприйнята в міжнародній практиці охорони здоров'я назва процесу, за допомогою якого система охорони здоров'я впливає на доступність лікарських препаратів та медичних послуг для населення [127]. З 1 квітня 2017 року в Україні впроваджено державну програму “Доступні ліки”. Механізм компенсації, згідно даної програми полягає у відшкодуванні вартості лише найдешевших лікарських засобів, які внесено до списку “Доступні ліки”. За дорожчі препарати, пацієнти мають сплатити різницю між мінімальною ціною та роздрібною ціною обраного препарату, а препарати, ціна яких перевищує референтну ціну в 5 сусідніх країнах, не підпадають під програму відшкодування. У порівнянні з минулими роками, споживання безкоштовних препаратів під дією програми “Доступні ліки” збільшилась на 80%, тоді як попит на препарати, які не підпадають під дану програму зріс на 5%. Необхідно зауважити, що до списку ліків для реімбурсації увійшов лише 21 препарат для базової терапії ГХ, що не забезпечує в повній мірі дотримання протоколу лікування ГХ та профілактики ССЗ [128].

Одним із важливих шляхів збільшення ефективності терапії при ССЗ є підвищення прихильності пацієнтів до лікування [129]. Цей постулат у 2003 році сформовано ВООЗ, на основі чого чітко дано визначення поняттю «прихильність» (комплаєнтність). Прихильність до терапії – це відповідність поведінки пацієнта рекомендаціям лікаря, включаючи прийом лікарських препаратів та/чи зміну стилю життя. Прийнято вважати зниження рівня прихильності у випадку, коли пацієнт приймає $\leq 80\%$ чи $\geq 120\%$ доз препаратів довгострокового прийому [130-131]. Визначити реальну

прихильність пацієнтів до терапії в клінічній практиці досить важко. У опублікованих результатах дослідження, в осіб із резистентною АГ виявлено достовірно низьку прихильність до лікування (за даними визначення антигіпертензивних препаратів у сечі) виявлено у 53% пацієнтів з резистентною АГ, а у 30% – в сечі не виявлено жодного антигіпертензивного препарату. За словами Л.Міщенко та групи дослідників: – «пацієнти вдають, що лікуються, а лікарі вдають, що лікують» [122-132]. За результатами даних дворічного американського дослідження опублікованого у 2012 році, до якого було залучено 376162 пацієнти з метою визначення реальної прихильності пацієнтів до 7 класів антигіпертензивних препаратів, що приймалися з метою первинної чи вторинної профілактики з урахуванням віку та вартості препаратів, встановлено: 1) виявлено статистично значимі відмінності у прихильності до лікування на етапі первинної чи вторинної профілактики (50% та 66% відповідно, $p=0,012$); 2) при первинній профілактиці прихильність до тіазидних діуретиків була достовірно нижчою (42%) в порівнянні з блокаторами рецепторів ангіотензину (61%), $p=0,02$; 3) зниження прихильності до лікування з кожним місяцем терапії (в середньому на 0,15% в місяць, $p=0,07$). Між іншими класами препаратів вагомої статистичної різниці не було виявлено [133].

Науковцями встановлено та виділено в 3 групи причин невдалого контролю артеріального тиску: пацієнтзалежні (генетична схильність, багатофакторність хвороби, вплив навколишнього середовища, прихильність до лікування), препаратзалежні (ефект монотерапії 60-80% та аутоборотьба організму з антигіпертензивним ефектом препаратів) та лікарзалежні (інертність лікарів) причини.

За результатами досліджень в середньому від 2,5 до 3,5 антигіпертензивних препаратів необхідно для досягнення цільового АТ. Так у дослідженні HOT для досягнення рівня ДАТ<80 мм.рт.ст. пацієнти приймали 3,3 препаратів; у дослідженні ASCOTBPLA пацієнти використовували не менше 2 препаратів. У Німеччині було проведено

дослідження, метою якого було визначити ефективність лікування хворих високого ризику в залежності від кількості вживаних препаратів. Отримані результати підтвердили, що чим більшу кількість препаратів приймав пацієнт, тим більш ефективним було лікування. Такі ж дані були отримані в ході дослідження у Франції, де до уваги брались пацієнти, які мали в анамнезі інфаркт міокарда [134]. Обгрунтована антигіпертензивна терапія, що впливає на чинники ризику ССЗ, сприяє тому, що пацієнт живе довше і має кращу якість життя. Також підтвердженням є той факт, що при вживанні антигіпертензивних препаратів у кількості, що перевищує 5, прихильність до лікування зменшується удвічі, а при вживанні 4 препаратів прихильність складає 20-25%. Кількість вживаних препаратів є серйозним фактором від якого залежить прихильність до лікування [135,136].

За результатами Канадського дослідження, до якого було залучено 19 500 пацієнтів з вперше виявленою АГ лише 11,5 % регулярно приймали антигіпертензивні препарати протягом річного спостереження, 31 % не регулярно приймали антигіпертензивні засоби, 22% взагалі перервали лікування протягом першого року терапії. Дане дослідження підтверджує вкрай низьку прихильність громадян до лікування ГХ [137]. Встановлено, що зі зростанням прихильності до антигіпертензивної терапії до рівня 80 - 100%, ризик госпіталізації хворих на ГХ зменшується у 2 рази. Ці результати отримані в ході ретроспективного дослідження, проведеного в США за участю 137 277 пацієнтів з гіпертонічною хворобою [138]. Чудові результати отримані в дослідженні CHARM: «Добра прихильність до терапії асоціювалася зі зменшенням ризику смерті незалежно від застосованої терапії» [139].

Не останню роль, яка впливає на прихильність відіграє складність режиму, згідно якого пацієнт має приймати декілька пігулок антигіпертензивних препаратів за один прийом [140,141]. Основними факторами, які впливають на прихильність до лікування, є соціально-економічні, зумовлені системою охорони здоров'я, пов'язані з

особливостями лікування, пов'язані з пацієнтом [142]. Несумнівним є те, що самоконтроль пацієнта може мати корисний вплив на прихильність до ліків та контроль над АТ, особливо коли поєднується з обізнаністю та консультуванням населення щодо АГ [143]. Самостійний моніторинг з використанням додатків смартфонів може надавати додаткові переваги щодо контролю АТ [1,144-146]. Визначення дійсної поширеності ГХ та чинників її ризику серед різних верств населення, різних статево-вікових груп, а також обізнаність людей про можливий безсимптомний перебіг ГХ, її причини виникнення і наслідки, наявність реального контролю ГХ на рівні первинної ланки охорони здоров'я дадуть змогу визначити конкретні шляхи вирішення проблеми. Наукові факти свідчать, що правильно організована профілактична і лікувальна допомога хворим з гіпертонічною хворобою знижує кількість ускладнень, покращує прогноз і підвищує якість їх життя [49,147-149].

Підхід до АГ з позицій єдності соматичного та психічного компонентів дозволить виявити причини неадекватного контролю АТ та низької прихильності до лікування та створити програму запобігання цим розладам [76]. Проведення психологічної роботи з жителями як сільського, так і міського населення дозволить виявити частку психосоматичних розладів у розвитку ГХ та допоможе краще зрозуміти пацієнта, а отже покращить прихильність до терапії і прогноз основного захворювання, збереже психосоціальну адаптацію хворого, підвищить якість життя з повноцінним соціальним функціонуванням [24,150-152].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика клінічного матеріалу

Дослідження проведене на кафедрі внутрішньої медицини №2 Полтавського державного медичного університету, клінічною базою якої є комунальне підприємство «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради».

Робота ґрунтується на основі аналізу обстеження та лікування 152 хворих, що знаходилися на лікуванні з 2018 по 2022 роки. Пацієнти були поділені на 3 групи. До першої групи (група порівняння) включали пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби (n=45), серед яких 26 (57,8%) – жителі міської місцевості, 19 (42,2%) – жителі сільської місцевості. Другу групу (n=68) склали пацієнти, у яких перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця. Розподіл сільських/міських жителів був відповідно 34 (50,0%)/34 (50,0%). Третю групу (n=39) склали пацієнти з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця та цукровим діабетом 2 типу, де 61,5% (n=24) пацієнтів проживало в міській місцевості і 48,5% (n=15) – у сільській місцевості. Порівнювали пацієнтів у групах, що проживали в міській та сільській місцевостях.

На першому етапі дослідження виявлено основні фактори кардіоваскулярного ризику, що були рейтинговими у жителів міської та сільської місцевості. Проведено аналіз інформованості серед пацієнтів, щодо впливу факторів ризику на перебіг захворювання та прихильність до лікування. Виділено основні ланки розвитку та прогресування гіпертонічної хвороби, на які можливо вплинути з метою зменшення кардіоваскулярного ризику. Запропоновано універсальні алгоритми скринінг діагностики (анкетної самодіагностики) та профілактичного консультування розробленими інформаційними картами щодо немедикаментозної корекції основних факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) в залежності від території проживання пацієнта. Розроблено алгоритми профілактичного консультування щодо ведення здорового способу життя,

дієти, фізичної активності в залежності від територіальної приналежності пацієнта.

Хворі порівнюваних груп були співставні за віком, статтю, анамнезом та тривалістю гіпертонічної хвороби, територіальною приналежністю (табл. 2.1).

Критерії включення хворих у дослідження:

1. Вік від 18 років;
2. Пацієнти з ізольованою гіпертонічною хворобою – I група, ГХ з ішемічною хворобою – II група, ГХ, ІХС і цукровий діабет 2 типу – III група;
3. Згода пацієнта на участь в дослідженні.

Критерії не включення:

1. Термінальний стан хворих при госпіталізації;
2. Вагітність;
3. Наявність ВІЛ-інфекції або онкологічних захворювань на час госпіталізації чи в анамнезі;
4. Психічні захворювання в анамнезі (підтвержені медичною документацією);
5. Хвороби крові;
6. Декомпенсована серцева недостатність (ІІв-ІІІ ст. за Стражеском-Василенком);
7. Пацієнти з порушенням ритму та провідності серця;
8. Гострий інфаркт міокарда та/або ГПМК в анамнезі;
9. Нестабільна стенокардія;
10. Наявність супутньої хронічної патології, у тому числі опорно-рухового апарату в стадії декомпенсації;
11. Відмова пацієнта.

Середній вік пацієнтів порівнюваних груп складав $57,87 \pm 0,94$ роки (від 22 до 85 років). Розподіл пацієнтів за статтю, віком та територіальною приналежністю представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика груп хворих в залежності від віку, статі та територіальної приналежності

	Групи хворих					
	I (n=45)		II (n=68)		III (n=39)	
Територіальна приналежність	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі
Середній вік пацієнтів, років	52,1±2,5	49,3±3,0	58,4±1,4	57,0±1,7	66,9±1,7	65,2±2,0
Пацієнти чоловічої статі, (абс., %)	18 (69,2%)	7 (36,8%)	11 (32,4%)	16 (47,1%)	11 (45,8%)	7 (46,7%)
Пацієнти жіночої статі, (абс., %)	8 (30,8%)	12 (63,2%)	23 (67,6%)	18 (52,9%)	13 (54,2%)	8 (53,3%)

З 26 пацієнтів жителів міської місцевості групи порівняння чоловіків було 18 (69,2%), жінок – 8 (30,8%), жителів села - чоловіків було 7 (36,8%), жінок – 12 (63,2%). У другій групі чоловіків міських жителів було 11 (32,4%), жінок – 23 (67,6%), жителів села – 16 (47,1%) чоловіків і 18 (52,9%) жінок відповідно. У групі III частка чоловіків - міських жителів склала 45,8% (n=11), жінок – 54,2% (n=13), тоді як чоловіків - сільських жителів - 46,7% (n=7) і жінок - 53,3% (n=8). Таким чином, сільські жителі та жителі міста в групах були порівнювані за віком та статтю (p>0,05).

Середня тривалість захворювання у пацієнтів I групи в міських жителів складала 119,3±25,6 місяців, в сільських – 129,8±25,2 місяців. У другій групі міські жителі хворіли на гіпертонічну хворобу в середньому 152,4±15,6

місяців, сільські – $155,1 \pm 23,8$ місяців. У 3 групі тривалість захворювання на ГХ була дещо вищою і складала відповідно $165,5 \pm 20,1$ і $164,1 \pm 40,3$ місяців у міських та сільських жителів (рис. 2.1).

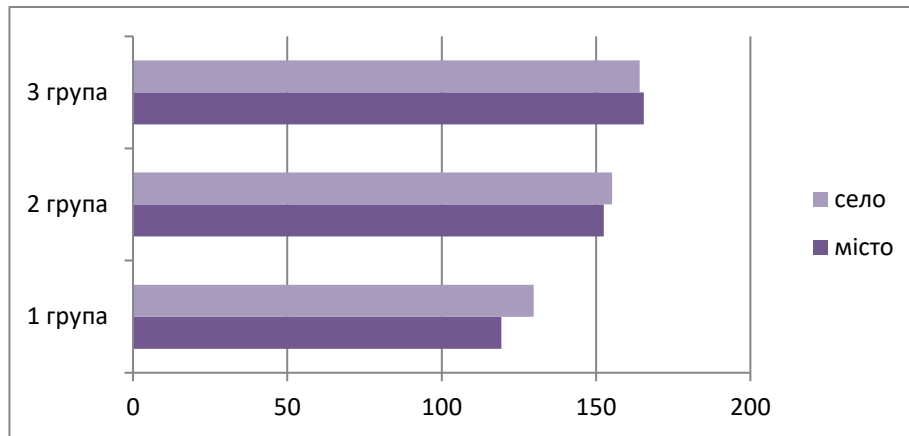


Рис. 2.1

**Середня тривалість захворювання на гіпертонічну хворобу
у порівнюваних групах (місяців).**

Таким чином пацієнти у групах бути порівнювані за тривалістю захворювання.

2.2 Методи дослідження

Всім пацієнтам з гіпертонічною хворобою, після отримання письмової згоди від пацієнтів на включення їх у дослідження, було проведене повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження згідно наказу МОЗ України (наказ №297 від 02.04.2010 року).

При зборі анамнезу, звертали увагу на тривалість перебігу гіпертонічної хвороби, які максимальні показники систолічного артеріального тиску фіксував пацієнт. Визначали, які препарати хворий отримує для контролю артеріального тиску. Констатували наявність чи відсутність цукрового діабету, його тип, ступінь тяжкості. Діагностували наявність ішемічної хвороби серця, що і було одним із факторів розподілу хворих на підгрупи. Відмічали наявність супутньої патології, шкідливих звичок, обізнаність пацієнтів про фактори ризику, що сприяють розвитку артеріальної гіпертензії. Особливу увагу звертали на наявність чи відсутність артеріальної гіпертензії у родичів першої лінії.

Об'єктивне обстеження включало в себе визначення зросту пацієнта та його маси тіла, що в подальшому було потрібно для визначення індексу маси тіла ($IMT = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст(м)}^2$); наявність периферичних набряків; підраховували частоту пульсу, та визначали його характеристики; вимірювали артеріальний тиск, проводилася аускультация серця.

Усім хворим визначали параметри загальноклінічних лабораторних і біохімічних досліджень. Досліджували показник еритроцитів, гемоглобіну, кількість лейкоцитів, тромбоцитів, швидкість зсідання еритроцитів, визначали лейкоцитарну формулу, рівень глюкози крові, а у пацієнтів з ЦД 2 типу рівень глюкози крові протягом доби за стандартними методиками. Для підтвердження діагнозу ЦД 2 типу визначали рівень глікозильованого гемоглобіну.

Проводили аналізи сечі пацієнта. У загальному аналізі сечі, до уваги брали показники питомої ваги, білка, глюкози. Особливу увагу звертали на

рівень мікроальбуміну, що додатково вказувало на раннє ураження нирок у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби.

Біохімічний аналіз крові включав в себе визначення таких показників як загальний білок, білірубін з його фракціями, креатиніну, сечовини, холестерину, амінотрансфераз (АлАТ і АсАТ), ліпопротеїдів з обов'язковим визначенням фракцій, тригліцеридів, що давало змогу вираховувати індекс атерогенності (ІА). В коагулограмі брали до уваги показники фібриногену, протромбінового індексу та МНО.

Електрокардіограму виконували всім пацієнтам при надходженні до стаціонару на електрокардіографі «Юкард-200», а також в динаміці кожні 3-5 діб.

Ехокардіографію виконували апаратом «LOGIQ F8» на 2-3 добу перебування пацієнта в стаціонарі, звертали увагу на товщину задньої стінки лівого шлуночка, фракцію викиду, стан клапанів серця та наявність випоту в перикарді.

Велоергометрію проводили для визначення функціонального класу стенокардії з допомогою діагностичного автоматизованого комплексу «Кардіо+» на 2-4 добу після госпіталізації.

Для проведення холтерівського моніторингу використовували пристрій фірми «AMEDTEC ECG – pro holter». Добовий моніторинг артеріального тиску виконували апаратом «Cardio-tens». В середньому дані обстеження проводилися на 1-2 добу після госпіталізації. До уваги брали наступні показники, а саме: середній денний і нічний систолічний артеріальний тиск, денний і нічний діастолічний артеріальний тиск, добові систолічний і діастолічний артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, а також індекс часу систолічного та діастолічного артеріального тиску. Згідно рекомендацій Української асоціації кардіологів із профілактики та лікування гіпертонічної хвороби денним АТ вважається період з 7:00 до 22:00, нічний АТ – з 22:00 по 07:00 [153]. Денний тиск вимірювали кожні 15 хвилин, в нічний час – кожні

30 хвилин. За результатами вищезгаданих параметрів вираховували добовий індекс артеріального тиску.

Обов'язковим був огляд всіх пацієнтів лікарем офтальмологом, для визначення стану судин очного дна, для констатації наявності/відсутності ураження органу-мішені. Ендокринологом оглядалися пацієнти при підозрі на ЦД 2 типу або уже зі встановленим діагнозом для корекції терапії.

Проводили аналіз наступних факторів ризику розвитку гіпертонічної хвороби: вживання алкоголю, паління, надлишкова вага тіла, ожиріння, зниження фізичної активності та нераціональне харчування (аліментарні чинники).

Так нормою вживання алкоголю брали за основу рекомендації Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великобританії (NICE-2019) за даними якої пороговий рівень споживання алкоголю на добу складає до 4 порцій для чоловіків і 3 – для жінок не більше 5 днів на тиждень.

Ступінь ожиріння діагностували за допомогою визначення індексу маси тіла, та класифікацією ВООЗ (1997 року), за якою показник ІМТ – 18,5-24,9 вважається як нормальна маса тіла; 25,0-29,9 – надмірна маса тіла; 30,0-34,9 – ожиріння I ступеня; 35,0-39,9 – ожиріння II ступеня; ІМТ>40 – морбідне ожиріння. В нашому дослідженні увага приділялася пацієнтам з надмірною масою тіла, а також з ожирінням в цілому, без поділу на ступені. За основу достатнього рівня фізичної активності брали рекомендації Європейського товариства кардіологів, за даними якого людина має виконувати не менше 150 хвилин на тиждень аеробних фізичних навантажень середньої інтенсивності або не менше 75 хвилин навантажень високої інтенсивності. Усі пацієнти були опитані на рахунок харчування згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2016 рік). Приділяли увагу основним трьом пунктам цих рекомендацій, а саме: вживання солі більше 5 г на добу, вживання жирних кислот більше 10% від загального вмісту жирів, а також часте вживання трансжирів. У випадку

констатації всіх трьох факторів у одного пацієнта – включали його до групи пацієнтів з «аліментарними чинниками» розвитку гіпертонічної хвороби.

Для визначення прихильності до лікування у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби використовували опитувальник Моріски-Грін («8-stem Morisky Medication Adherence Scale» (MMAS-8, 2008p.) [154,155]. Даний опитувальник включає в себе 8 запитань щодо прийому антигіпертензивних лікарських засобів: частота прийому, регулярність прийому, можливих обставин, коли пацієнт самостійно корегував дозу препарату або відміняв його, а також ставлення пацієнта до дотримання схем лікування та запам'ятовування власне самої схеми. На 7 із 8 питань пацієнту пропонувалося відповідати «Так» або «Ні», і лише у одному питанні була більш розгорнута відповідь (Додаток 1). За результатами опитування показник у 8 балів – оцінювали як високу прихильність до лікування, 6-7 балів – середній ступінь прихильності, менше 6 балів – низький ступінь прихильності до лікування у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби.

Для визначення рівня тривоги та депресії, застосовували шкалу тривоги і депресії HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) запропоновану А.С. Зігмундом і Р.П. Снайпом у 1983 році (Додаток 2) [156]. Суть тестування полягала в тому, що пацієнт дає відповіді на 14 запитань (7 з яких – оцінка рівня тривоги, інші 7 – оцінка рівня депресії), кожне з яких містить 4 варіанти відповіді, оцінених від 0 до 3 балів. Результати інтерпретували окремо для кожного досліджуваного фактору. Відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії констатували при результаті 0-7 балів, 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія, більше 11 балів – клінічно виражена тривога/депресія. За умов виявлення у осіб досліджуваних груп клінічно вираженої симптоматики тривоги та/або депресії, пацієнт був направлений на огляд та консультацію до медичного психолога, з метою підтвердження або спростування тривожно-депресивних розладів, та психотерапевта за умов підтвердження діагнозу.

Для з'ясування рівня стресостійкості та соціальної адаптації використовували шкалу Холмса-Рея – SRRC (Social Readjustment Rating Scale). Суть методики полягала в тому, що хворий відмічає події в житті, які трапилися з ним за останній рік із запропонованого переліку (Додаток 3). Кожна подія оцінена по 100-бальній шкалі від 11 до 100 балів. Сума балів, яку отримували після тестування і визначали власне як рівень стресостійкості пацієнта. Так, результат менше 150 балів – вважали як максимальну стресостійкість, 150-199 балів – високий ступінь опірності стресу, 200-299 балів – пороговий ступінь, більше 300 балів – низький ступінь стресостійкості.

Якість життя (ЯЖ) визначали самоанкетуванням з подальшим використанням офіційної версії «Короткого опитувальника оцінки статусу здоров'я» MOS SF-36 (2011 р.) [157]. Даний опитувальник включає 36 питань (додаток 4), які поділяються на 8 шкал, а саме: фізичне функціонування (PF), рольова діяльність (RF), інтенсивність болю (BP), загальне здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальна активність (SF), емоційний стан (RE) і психічне здоров'я (MH). Оцінюється кожна шкала від 0 до 100 балів, при цьому чим вищий показник в балах, тим вищий рівень здоров'я в цілому. Вважали якість життя низького рівня при показнику 0-20 балів, знижений показник якості життя – 21-40 балів, середній показник – 41-60 балів, високий показник – 61-80 балів, і високий показник – 81-100 балів. Кількісно визначали наступні показники:

- **Фізичне функціонування** (*PF – Physical Functioning*) – відображає ступінь, в якій фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, підйом по сходах, ходьба, перенесення ваги, тощо). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.
- **Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом** (*RP – Role-Physical Functioning*) – вплив фізичного стану на повсякденну

рольову діяльність (виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

- **Інтенсивність болю** (*BP – Bodily pain*) – і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома і поза домом. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.
- **Загальний стан здоров'я** (*GH – General Health*) – оцінка стану хворого в даний момент часу і перспективи лікування. Чим нижче бал по цій шкалі, тим нижче оцінка стану по цій шкалі.
- **Життєва активність** (*VT - Vitality*) – має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про втому пацієнта, зниження життєвої активності.
- **Соціальне функціонування** (*SF – Social Functioning*) – визначається ступенем, в якій фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність. Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного і емоційного стану.
- **Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом** (*RE – Role-Emotional*) – передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що обмеження у виконанні повсякденної роботи обумовлене погіршенням емоційного стану.
- **Психічне здоров'я** (*MH – Mental Health*) – характеризує настрій, наявність тривоги чи депресії, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічної нерівноваженості.

При порівнянні вищезгаданих показників у порівнюваних групах, клінічно значущою різницею вважали різницю в 10% і більше.

На підставі показників за шкалами розраховано оцінку ЯЖ за сумарним фізичним компонентом здоров'я (Physical health (PH)) за формулою:

$$\begin{aligned} \text{PH} = & 0,42402 \cdot \text{PF-Z} + 0,35119 \cdot \text{RP-Z} + 0,31754 \cdot \text{BP-Z} - 0,00753 \cdot \\ & \text{SF-Z} - 0,22069 \cdot \text{MH-Z} - 0,19206 \cdot \text{RE-Z} + 0,02877 \cdot \text{VT-Z} + \\ & + 0,24954 \cdot \text{GH-Z} , \end{aligned}$$

та сумарним психічним компонентом здоров'я (Mental health (MH)) за формулою:

$$\begin{aligned} \text{MH} = & -0,22999 \cdot \text{PF-Z} - 0,12329 \cdot \text{RP-Z} - 0,09731 \cdot \text{BP-Z} + \\ & + 0,26876 \cdot \text{SF-Z} + 0,48581 \cdot \text{MH-Z} + 0,43407 \cdot \text{RE-Z} + 0,23534 \cdot \\ & \text{VT-Z} - 0,01571 \cdot \text{GH-Z}. \end{aligned}$$

Дані показники окремо вивчали у пацієнтів сільської та міської місцевості з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби на початку лікування та через 12 місяців після виписки зі стаціонару.

2.3. Статистична обробка одержаних результатів

Результати дослідження по групах вносилися в звітні таблиці з наступним статистичним аналізом отриманих даних. Статистична обробка даних проводилася з використанням програми Microsoft Office Excel 2010 на базі MS Windows 10, та програми Statistika 10.

Для порівняння та оцінки достовірності отриманих результатів використовували параметричні та непараметричні методи дослідження (t – критерій Ст'юдента, U – критерій Манна-Вітні, W – критерій Вілкоксона. Достовірними вважали результати при ймовірності похибки $p < 0,05$.

Кореляційні взаємозв'язки між показниками в досліджуваних групах визначали за допомогою параметричного коефіцієнту кореляції Пірсона. Кореляцію вважали значимою при $r > 0,7$ при ймовірності похибки $p < 0,05$.

РОЗДІЛ 3.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ.

3.1. Інформованість сільських і міських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби та оцінка прихильності до лікування пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби.

Проведено аналіз інформованості щодо коригованих та некоригованих факторів ризику виникнення гіпертонічної хвороби, у пацієнтів різних вікових груп та місця проживання.

Так у хворих I групи, з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, інформованих щодо факторів ризику жителів сільської місцевості було 13 (68,4%), тоді як міські жителі були інформовані на 80,8% (21 пацієнт). Інформованість пацієнтів молодого віку майже не відрізнялася у жителів міста та села, точно так само як і кількість неінформованого населення. Аналізуючи кількість інформованих пацієнтів середньої вікової категорії, відмічали незначно вищий цей показник у проживаючих в місті пацієнтів (20,0% проти 15,6% у жителів сільської місцевості), тоді як різниця неінформованих громадян, склала всього 1 особу.

Табл. 3.1.1

Інформованість пацієнтів I групи щодо факторів ризику виникнення гіпертонічної хвороби

Вік →	До 44 років				45-60 років				Старші за 61 рік			
	інф.*		не інф.**		інф.*		не інф.**		інф.*		не інф.**	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сільські жителі	4	8,9	2	4,4	7	15,6	2	4,4	2	4,4	2	4,4
Міські жителі	6	13,4	2	4,4	9	20,0	3	6,7	6	13,4	-	-

* - інформовані пацієнти щодо факторів ризику;

** - не інформовані пацієнти щодо факторів ризику.

Слід відмітити значно вищу інформованість пацієнтів похилого віку міських жителів – 13,4% проти 4,4% – сільських жителів, а також абсолютну відсутність неінформованого населення у пацієнтів міста старше за 61 рік (табл. 3.1.1).

Таким чином, інформованість пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, щодо факторів ризику, вища у жителів міста та значно вища у пацієнтів похилого віку.

У пацієнтів II групи, де перебіг ГХ був ускладнений ІХС, інформованість щодо факторів ризику хворих молодого віку майже не відрізнялась. Тоді як у пацієнтів від 45 до 60 років, освідмленими щодо факторів ризику, що впливають на розвиток ГХ, було більше в міській місцевості (20,6% проти 14,7% жителів села), у той же час неінформованого населення – було лише 2,9%. Стосовно пацієнтів похилого віку, інформованого населення в міській місцевості було в 2 рази більше (20,6% проти 10,3%), тоді як неінформованого – навпаки, в 2 рази більше було в сільській місцевості (8,8% проти 4,5%) (табл. 3.1.2).

Табл. 3.1.2

**Інформованість пацієнтів II групи щодо факторів ризику
виникнення гіпертонічної хвороби**

Вік →	До 44 років				45-60 років				Старші за 61 рік			
	інф.*		не інф.**		інф.*		не інф.**		інф.*		не інф.**	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сільські жителі	2	2,9	2	2,9	10	14,7	7	10,3	7	10,3	6	8,8
Міські жителі	1	1,5	-	-	14	20,6	2	2,9	14	20,6	3	4,5

* - інформовані пацієнти щодо факторів ризику;

** - не інформовані пацієнти щодо факторів ризику.

Отже, інформованість щодо факторів ризику у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ та ІХС, вища у жителів міської місцевості середнього і похилого віку.

У пацієнтів середнього віку III групи переважна більшість інформованого населення проживало у міській місцевості (17,9%). У той же час, у хворих старше 61 року, у яких перебіг ГХ був ускладнений ІХС та ЦД 2 типу, спостерігали значно вищий рівень інформованості у жителів міської місцевості (33,3% проти 20,5%), при майже рівній кількості неінформованого населення (12,8% проти 10,3%) (табл. 3.1.3).

Табл. 3.1.3

**Інформованість пацієнтів III групи щодо факторів ризику
виникнення гіпертонічної хвороби**

Вік →	До 44 років				45-60 років				Старші за 61 рік			
	інф.*		не інф.**		інф.*		не інф.**		інф.*		не інф.**	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сільські жителі	-	-	-	-	-	-	2	5,2	8	20,5	5	12,8
Міські жителі	-	-	-	-	7	17,9	-	-	13	33,3	4	10,3

* - інформовані пацієнти щодо факторів ризику;

** - не інформовані пацієнти щодо факторів ризику.

Отже, інформованість щодо факторів ризику у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця та цукрового діабету, вища у жителів міста, значно переважає у пацієнтів середнього віку, та незначно вище у пацієнтів похилого віку.

Під час опитування пацієнтів з ізольованою гіпертонічною хворобою, щодо їх прихильності до лікування, було з'ясовано, що високу прихильність до терапії мали лише 13,2% пацієнтів, середню – 26,6%, тоді як 60,2% пацієнтів мали низьку прихильність до лікування. Це було пов'язано переважно з тим, що частіше за все, пацієнти не приймали ліки перебуваючи поза домом або в дорозі (55,6%) або просто забували регулярно приймати ліки від підвищеного артеріального тиску (53,3%), відчували труднощі в запам'ятовуванні часу прийому ліків (51,1%), самостійно відміняли призначені лікарем препарати при погіршенні самопочуття (44,4%) або

навпаки, коли тиск тримався в межах норми протягом 3-5 днів (40,0%) (табл. 3.1.4).

Табл. 3.1.4

Прихильність до лікування пацієнтів I групи

Вік →	До 44 років				45-60 років				Старші за 61 рік			
	Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі	
	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Висока прихильність	2	4,4	1	2,2	0	-	2	4,4	0	-	1	2,2
Середня прихильність	1	2,2	2	4,4	4	8,9	1	2,2	1	2,2	3	6,7
Низька прихильність	3	6,7	5	11,2	5	11,2	9	20,0	3	6,7	2	4,4

У пацієнтів 2 групи, висока прихильність до лікування спостерігалася у 14,6% пацієнтів, середня прихильність – у 26,5%, низька прихильність – у 58,9% хворих. В той же час, головною причиною низької прихильності було запам'ятовувати час прийому препаратів (55,9%). Також 48,5% хворих самостійно відміняли антигіпертензивні препарати коли відчували себе гірше (48,5%), неможливість прийняти ліки перебуваючи поза домом (44,1%) або просто забуваючи про них (41,2%). Рідше відміняли ліки самостійно при стабільності показників артеріального тиску протягом кількох діб (36,8%) (табл. 3.1.5).

Табл. 3.1.5

Прихильність до лікування пацієнтів II групи

Вік →	До 44 років				45-60 років				Старші за 61 рік			
	Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Висока прихильність	0	-	0	-	2	2,9	4	5,9	2	2,9	2	2,9
Середня прихильність	1	1,5	0	-	3	4,4	3	4,4	5	7,3	6	8,9
Низька прихильність	4	5,9	1	1,5	11	16,2	9	13,2	6	8,9	9	13,2

Пацієнти III групи мали ще нижчий відсоток високої прихильності до лікування – 7,8%. Середню прихильність спостерігали у 20,5%, тоді як низьку прихильність виявлено у 71,7%. Як і у попередніх групах, основними причинами, які впливали на прихильність до лікування, були труднощі у запам'ятовуванні часу прийому препаратів (64,1%) та забування прийому препаратів пацієнтами які перебували поза межами дому чи перебуваючи в дорозі (59,0%). Суттєвими факторами низької прихильності у даній групі також було погіршення самопочуття після прийому препаратів і їх самостійна відміна (56,5%), а також просте забування приймати ліки пацієнтами (51,3%). Також пацієнтам не подобалося приймати ліки строго за схемою (41,0%) і самостійна відміна антигіпертензивних препаратів «коли я вже почуваю себе добре» (30,8%) (табл. 3.1.6).

Табл. 3.1.6

Прихильність до лікування пацієнтів III групи

Вік →	До 44 років				45-60 років				Старші за 61 рік			
	Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Висока прихильність	0	-	0	-	0	-	1	2,6	1	2,6	1	2,6
Середня прихильність	0	-	1	2,6	0	-	1	2,6	4	10,2	2	5,1
Низька прихильність	0	-	1	2,6	0	-	4	10,2	10	25,6	13	33,3

Отже, основними факторами, які визначали низький рівень прихильності до лікування у пацієнтів усіх трьох груп, були труднощі у запам'ятовуванні часу прийому антигіпертензивних препаратів і перебування пацієнтів в дорозі або поза домом у період визначений схемою прийому лікарських препаратів. Менш впливовими були причини пов'язані з відміною препаратів у зв'язку з погіршенням стану після прийому призначених ліків або забування приймати лікарські засоби.

Проведено аналіз антигіпертензивних препаратів, що приймали пацієнти на початку лікування у порівнюваних групах.

Так жителі міста I групи переважно приймали β -блокатори (76,9%), інгібітори АПФ (65,3%), комбіновані препарати (46,1%). У той же час, сільські жителі майже всі (89,4%) вживали комбіновані препарати, високий відсоток вживало β -блокатори (78,9%) та діуретики (57,9%). При цьому слід зазначити, що більшість пацієнтів що проживають у міській місцевості приймало по 2 (73,1%) пігулки, тоді як 1 таблеткою лікувалися 15,4%, трьома і більше – 11,5%. Сільських жителів, які отримували монотерапію було 26,4%, приймали по 2 пігулки – 36,8%, 3 і більше – 36,8%.

Аналогічні показники відзначили у пацієнтів II групи як у міських жителів, так і у сільських. Переважна більшість пацієнтів отримували β -блокатори: 79,4% міських жителів та 85,3% сільських жителів. Комбіновані препарати отримували 73,5% міських жителів та 70,6% сільських жителів. Проте щодо кількості пігулок, спостерігали, що однією таблеткою лікувалося – 9 (26,5%), двома таблетками – 19 (55,9%), 3 і більше – 6 (17,6%) хворих. У сільській місцевості монотерапію отримували 12 (35,3%) пацієнтів, двома таблетками лікувалося теж 12 (35,3%), 3 і більше – 10 (29,4%) пацієнтів.

Пацієнти міської місцевості III групи, частіше за все контролювали артеріальний тиск інгібіторами АПФ (62,5%), діуретиками (58,3%) та β -блокаторами (50,0%), тоді як сільські жителі, переважно лікувалися комбінованими препаратами (80,0%), β -блокаторами (73,3%) і блокаторами Ca^{2+} -каналів (53,3%). Дотримувалися монотерапії 4 міські жителі (16,7%), 2 препарати приймали 15 (62,5%) пацієнтів, 3 і більше – 5 (20,8%) пацієнтів. Сільських жителів, що приймали по 1 таблетці було 4 (26,7%), по 2 таблетки – 7 (46,7%), 3 більше – 4 (26,7%). Аналіз прийому лікарських препаратів відображено в таблиці 3.1.7.

Табл. 3.1.7

Антигіпертензивні препарати що приймали пацієнти у порівнюваних групах

Антигіпертензивні препарати	I група				II група				III група			
	Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбіновані препарати	12	46,1	17	89,4	25	73,5	24	70,6	9	37,5	12	80,0
β-блокаторами	20	76,9	15	78,9	27	79,4	29	85,3	12	50,0	11	73,3
Інгібітори АПФ	17	65,3	10	52,6	19	55,9	19	55,9	15	62,5	6	40,0
Інгібітори рецепторів АТ-II	9	34,6	9	47,4	13	38,2	10	29,4	8	33,3	6	40,0
Блокатори Ca ²⁺ каналів	8	30,8	7	36,8	16	47,1	12	35,3	11	45,8	8	53,3
Діуретики	11	42,3	11	57,9	22	64,7	18	52,9	14	58,3	8	53,3
Центральної дії	1	3,8	2	10,5	1	2,9	1	2,9	2	8,3	2	13,3

Отже, низький відсоток прийому комбінованих препаратів пацієнтами з ізольованою гіпертонічною хворобою та коморбідним її перебігом, потребувало призначення цим хворим дві, три, а інколи і до п'яти пігулок антигіпертензивних препаратів. Це в свою чергу знижує прихильність пацієнтів до лікування, і, як наслідок, до неконтрольованості гіпертензії, що підвищує, ризик кардіоваскулярних ускладнень.

Таким чином, порівнюючи пацієнтів усіх груп, варто відмітити вищу інформованість пацієнтів щодо факторів ризику розвитку гіпертонічної хвороби у міських жителів середньої вікової категорії, а також людей похилого віку. Водночас прихильність до лікування гіпертонічної хвороби переважно була низькою, незважаючи на вік пацієнтів та місце їх проживання.

3.2. Особливості і рейтинги факторів ризику гіпертонічної хвороби, асоційованих з іншими захворюваннями психосоціального генезу у сільських та міських жителів.

Враховуючи співставність порівнюваних груп за віком, статтю та гендерною приналежністю, особливу увагу вивченню впливу факторів ризику на розвиток артеріальної гіпертензії присвячено коригованим факторам, а саме: вживання алкоголю (до 4 порцій для чоловіків і 3 – для жінок не більше 5 днів на тиждень), тютюнопаління, надлишкова вага тіла і ожиріння, рівень фізичної активності та аліментарні чинники (нездорове харчування).

Так, у пацієнтів з ізольованим перебігом артеріальної гіпертензії, надмірно алкоголь вживало 57,7% пацієнтів що проживали в міській місцевості, та 42,1% пацієнтів сільської місцевості. Пацієнти, у яких перебіг артеріальної гіпертензії ускладнився ІХС, зловживали алкоголем більше в сільській місцевості 41,1% на відміну від жителів міста – 11,8%. Хворі з АГ, поєднаною з ІХС та ЦД 2 типу, навпаки більше вживали надмірні дози алкоголю в місті – 41,7%, в порівнянні з сільськими жителями – 26,7%.

Тютюнопаління – як фактор ризику, що впливає на розвиток гіпертонічної хвороби у пацієнті порівнюваних груп, вважали при наявності самого факту куріння, без вираховування викурених цигарок на добу.

Встановлено, що 19,2% пацієнтів міської місцевості, з ізольованим перебігом АГ мали дану шкідливу звичку, на відміну від жителів сільської місцевості, які в даній вибірці пацієнтів не палили зовсім. Кількість хворих II групи, які палили, в сільській місцевості була більшою 17,6% проти 5,9% у жителів міста. Тоді як у пацієнтів III групи, паліїв було ще менше, а саме 8,3% жителів міста та 6,7% жителів сільської місцевості.

Так надмірну масу тіла у I групі мали 30,8% пацієнтів міської місцевості та 15,8% пацієнтів, що проживали в сільській місцевості. У групі де перебіг гіпертонічної хвороби був поєднаний з ІХС, надлишкову масу тіла мали 44,1% пацієнтів міської місцевості та 29,4% пацієнтів сільської

місцевості. Кількість пацієнтів у III групі з надлишковою масою тіла суттєво не відрізнялася, і складала 29,2% і 40,0 % у жителів міста та села відповідно.

Ожиріння у хворих міської місцевості з ізольованою ГХ виявлено у 41,2%, тоді як жителів села, які страждали на ожиріння у даній групі було майже вдвічі більше, а саме 78,9% (ВШ 0,229; 95% ДІ [0,060-0,878], $p < 0,05$). У пацієнтів II групи кількість пацієнтів з ожирінням, що проживали в місті складало 44,1%, тоді як сільських жителів – 55,9%. У групі, де перебіг гіпертонічної хвороби був поєднаним з ІХС та ЦД 2 типу, кількість пацієнтів з ожирінням у жителів міста та села суттєво не відрізнялася і складала 62,5% і 60,0% відповідно.

Низький рівень фізичної активності у пацієнтів I групи діагностовано у 46,2% пацієнтів, що проживають в місті, та у 42,1% пацієнтів, що мешкають в селі. Пацієнти II групи мали ще гірший показник фізичної активності, а саме 76,5% – у міських жителів, та 55,9% у жителів села (ВШ 2,566; 95% ДІ [1,06-7,275], $p < 0,05$). Пацієнтів III групи, жителів міста, що не приділяли уваги фізичній активності було 79,2%, аналогічних хворих серед сільських жителів – 86,7%.

Аліментарні чинники – як фактор розвитку ГХ, виявляли у 88,5% жителів міста I групи, тоді як у жителів сільської місцевості негативна роль аліментарних чинників виявлена у 100% респондентів. Серед пацієнтів сільської місцевості II групи, погрішності в харчуванні визначались у 85,3% пацієнтів, тоді як міських жителів, що страждали цією проблемою було 52,9% (ВШ 0,194; 95% ДІ [0,061-0,621], $p < 0,05$). Пацієнти, у яких перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ЦД 2 типу та ІХС, аліментарний чинник як фактор розвитку гіпертонічної хвороби у жителів міської та сільської місцевості суттєво не відрізнявся і складав 58,3% і 60,0% відповідно.

Результати аналізу відображені в таблиці 3.2.1

Таблиця 3.2.1

Аналіз коригованих факторів ризику у пацієнтів порівнюваних груп

Фактори ризику	I група				II група				III група			
	Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Надмірне вживання алкоголю	15	57,7	8	42,1	4	11,8	14	41,1	10	41,7	4	26,7
Паління	5	19,2	0	-	2	5,9	6	17,6	2	8,3	1	6,7
Надлишкова маса тіла	8	30,8	3	15,8	15	44,1	10	29,4	7	29,2	6	40,0
Ожиріння	12	41,2	15	78,9	15	44,1	19	55,9	15	62,5	9	60,0
Зниження фізичної активності	12	46,2	8	42,1	26	76,5	19	55,9	19	79,2	13	86,7
Аліментарні чинники	23	88,5	19	100	18	52,9	29	85,3	14	58,3	9	60,0

Серед коригованих факторів ризику, які найбільше призводили до розвитку ГХ у пацієнтів з ізольованим її перебігом у жителів міської місцевості було ожиріння (ВШ 0,229; 95% ДІ [0,060-0,878], $p < 0,05$) та надмірне вживання алкоголю.

У пацієнтів II групи, факторами впливу, що переважали у розвитку гіпертонічної хвороби у жителів міста були зниження рухової активності (ВШ 2,566; 95% ДІ [1,06-7,275], $p < 0,05$); та аліментарні чинники (ВШ 0,194; 95% ДІ [0,061-0,621], $p < 0,05$). У жителів сільської місцевості, переважали аналогічні фактори, однак аліментарні чинники переважали.

Серед пацієнтів третьої групи суттєвої різниці в рейтингових факторах ризику виникнення гіпертонічної хвороби не спостерігали. У обстежених переважали низька фізична активність та нераціональне харчування з розвитком ожиріння.

Таким чином, високий відсоток факторів ризику в порівнюваних групах свідчить про несприятливу ситуацію щодо хронічних неінфекційних захворювань, що потребує більш активного застосування методів профілактики та корекції наслідків цих захворювань.

3.3. Порівняльна оцінка якості життя сільських і міських жителів з гіпертонічною хворобою, асоційованою з іншими захворюваннями психосоціального генезу.

Для оцінки якості життя пацієнтів на початку лікування використовували офіційну версію «Короткого опитувальника оцінки статусу здоров'я» MOS SF-36.

За результатами анкетування, пацієнти з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, що проживали в місті, доволі високо оцінювали свою якість життя, переважно за рахунок фізичного компоненту (РН*), тоді як психічний компонент здоров'я (МН*), більше переважав у жителів сільської місцевості.

Високі показники рівня якості життя у пацієнтів І групи, що проживали в місті, прослідковувалися за рахунок, перш за все, показника фізичного функціонування (PF) – 86,5 (80-88) та загального здоров'я (GH) – 84,1±1,1, у той же час у жителів сільської місцевості показник фізичного функціонування був достовірно нижчим – 78 (71-82) (U-критерій Манна-Уїтні – 145, $p=0,02$), а рівень загального здоров'я (GH) за даними опитувальника навпаки більший – 87,4±0,9 ($p<0,001$). Разом з тим показник інтенсивності болю (BP) у міських жителів був 78,2±1,5 (95% ДІ 75,2-81,3), що було на 8,3% більше ніж у жителів села – 72,2±1,8 (95% ДІ 68,4-76,0) ($p<0,001$). Рівень рольової діяльності (RP) у міських жителів складав – 76,3±1,5 (95% ДІ 73,3-79,3), тоді як у жителів сільської місцевості він був на 8,8% меншим – 70,1±1,7 (95% ДІ 66,5-73,7) ($p<0,001$).

Психічний компонент здоров'я навпаки був вищий у пацієнтів сільської місцевості. Так відзначаємо клінічно значимо 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 незначно вищий показник 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 (МН) у жителів сільської місцевості також було вищим на 10,7% – 74,4±1,8 (95% ДІ 70,6-78,1) проти 67,2±1,2

(95% ДІ 64,8-69,6) ($p < 0,001$) – що було клінічно значимим. Щодо соціальної активності (SF), то у пацієнтів міської місцевості навпаки спостерігали достовірно вищий даний показник на 5,5% – $87,4 \pm 1,2$ (95% ДІ 84,9-89,9) проти $82,8 \pm 1,3$ (95% ДІ 80,1-85,5), ($p < 0,001$).

Таблиця 3.3.1

Оцінка якості життя пацієнтів І групи

Шкала SF – 36	Міські жителі	Сільські жителі
<i>Фізичний компонент здоров'я</i>		
PF	86,5 (80-88)**	78 (71-82)**
RP	$76,3 \pm 1,5$	$70,1 \pm 1,7$
BP	$78,2 \pm 1,5$	$72,2 \pm 1,8$
GH	$84,1 \pm 1,1$	$87,4 \pm 0,9$
PH*	$53,1 \pm 1,1$	$46,8 \pm 1,5$
<i>Психічний компонент здоров'я</i>		
VT	$72,6 \pm 1,5$	$80,4 \pm 2,0$
SF	$87,4 \pm 1,2$	$82,8 \pm 1,3$
RE	$73,2 \pm 1,2$	$78,2 \pm 1,3$
MH	$67,2 \pm 1,2$	$74,4 \pm 1,8$
MH*	$48,2 \pm 0,9$	$52,6 \pm 1,5$

PH* - фізичний компонент здоров'я;

MH* - психічний компонент здоров'я.

** - дані представлено за критерієм Манна-Уїтні.

Таким чином, у пацієнтів І групи, високий рівень якості життя прослідковувався майже за всіма показниками. Однак, клінічно значима різниця спостерігалася у показниках фізичного компоненту якості життя – зниження рівня показника фізичного функціонування (PF) у жителів села, а також у показниках психічного компоненту якості життя – зниження життєвої активності (VT) та психічного здоров'я (MH) у міських жителів.

Тобто ізольований перебіг ГХ помірно впливає на зниження рівня якості життя.

У хворих II групи, де перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ІХС, спостерігали дещо знижені показники як фізичного (РН*) так і психічного компонентів (МН*) здоров'я.

Так, найвищими показниками фізичного компоненту здоров'я, що впливали на якість життя у міських жителів, було фізичне функціонування (PF) і інтенсивність болю (BP) ($62,4 \pm 1,4$ (95% ДІ 59,6-65,2) і $66,2 \pm 1,2$ (95% ДІ 63,6-68,6) балів відповідно). Тоді як у сільських жителів, ці показники були на рівні $66,2 \pm 1,1$ (95% ДІ 63,8-68,5) (PF) і $55,2 \pm 1,6$ (95% ДІ 51,9-58,5) ($p < 0,001$) (BP). Найнижчим показником фізичного компоненту здоров'я у жителів міста, була рольова діяльність (RP) – 51 (47-58), у той же час у жителів села, значення RP було суттєво вищим – 64 (59-68) (U-критерій Манна-Уїтні – 143, $p = 0,017$). Загальне здоров'я (GH) у пацієнтів з міської чи сільської місцевості майже не відрізнялося і складало $54,8 \pm 1,1$ (95% ДІ 52,4-57,1) і $56,8 \pm 1,0$ (95% ДІ 54,7-58,9) ($p < 0,001$) відповідно.

Психічний компонент здоров'я був вищий у пацієнтів сільської місцевості, ніж у міської за всіма показниками, проте нижчий у порівнянні з пацієнтами групи з ізольованим перебігом ГХ.

Рівень соціальної (SF) активності складав $50,0 \pm 1,2$ бали (95% ДІ 47,6-52,4) у жителів села, проти $47,2 \pm 1,1$ (95% ДІ 44,9-49,4) ($p < 0,001$) балів у жителів міста. Емоційний стан (RE) пацієнтів сільської місцевості в середньому визначався на рівні $57,2 \pm 1,0$ (95% ДІ 55,2-59,3) балів, тоді як у міських жителів – $51,6 \pm 0,9$ (95% ДІ 49,8-53,4) бали ($p < 0,001$). Психічне здоров'я (MH) у міських жителів було дещо нищим, а саме $50,2 \pm 0,8$ (95% ДІ 48,5-51,9), тоді у пацієнтів жителів сільської місцевості – $52,4 \pm 1,0$ (95% ДІ 50,3-54,5) бали ($p < 0,001$). Найвищим показником із шкал психічного здоров'я була життєва активність (VT): $54,3 \pm 1,5$ (95% ДІ 50,9-57,1) у жителів міста, та $60,2 \pm 1,3$ (95% ДІ 57,5-62,8) – у сільських жителів ($p < 0,001$). Результати дослідження відображені у таблиці 3.3.2.

Таблиця 3.3.2

Оцінка якості життя пацієнтів II групи

Шкала SF – 36	Міські жителі	Сільські жителі
<i>Фізичний компонент здоров'я</i>		
PF	62,4±1,4	66,2±1,1
RP	51 (47-58)**	64 (59-68)**
BP	66,2±1,2	55,2±1,6
GH	54,8±1,1	56,8±1,0
PH*	44,3±0,9	44,4±1,1
<i>Психічний компонент здоров'я</i>		
VT	54,3±1,5	60,2±1,3
SF	47,2±1,1	50,0±1,2
RE	51,6±0,9	57,2±1,0
MH	50,2±0,8	52,4±1,0
MH*	38,1±1,0	39,4±0,8

PH* - фізичний компонент здоров'я;

MH* - психічний компонент здоров'я.

** - дані представлено за критерієм Манна-Уїтні.

Таким чином, рівень якості життя у пацієнтів II групи нижчий, ніж у хворих з ізольованим перебігом ГХ за всіма компонентами психічного і фізичного здоров'я. Клінічно значиму різницю в фізичному компоненті здоров'я було відмічено у шкалі інтенсивності болю (BP) та впливу функціонального стану на повсякденну рольову діяльність (RP). Так пацієнти, що проживали в сільській місцевості, не могли займатися своєю повсякденною діяльністю, включаючи роботу по господарству, через частий біль у серці, головний біль, запаморочення та ін. Тоді як у міських жителів, клінічно більш виражені були прояви перевтоми та загального виснаження, що не давало змогу виконувати повсякденні справи. Стосовно психічного компоненту якості життя, клінічно знижені показники виявляли лише у

міських жителів у життєвій активності (VT) і рольовому функціонуванні, обумовлених емоційним станом (RE).

У пацієнтів III групи, у яких перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу, визначено наступні показники шкал фізичного і психічного здоров'я.

Так у жителів міста, відзначалась клінічно значима різниця у показниках фізичного функціонування (PF), загального здоров'я (GH) та рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP). Середній показник PF склав $56,5 \pm 1,1$ (95% ДІ 54,1-58,9) балів, що на 25,0% було вищим за аналогічний показник у сільських жителів – $44,8 \pm 1,8$ (95% ДІ 41,0-48,6) бали. Середній показник GH у жителів міста був на 26,3% вищим, ніж у сільських жителів – 48 (43,5-52,5) проти 38 (35-48) (U-критерій Манна-Уїтні – 61, $p < 0,001$). Показник RP також був у міських жителів вищим на 16,6% – $40,1 \pm 1,3$ бали (95% ДІ 37,4-42,7) проти $34,4 \pm 1,1$ (95% ДІ 32,1-36,7).

Єдиним показником, де не спостерігалось клінічно значимої різниці була інтенсивність болю (BP). Різниця у відсотках склала 9,7% ($45,1 \pm 1,5$ (95% ДІ 41,9-48,3) балів проти $41,1 \pm 1,6$ (95% ДІ 37,6-44,6) ($p < 0,001$).

Вищий рівень психічного компоненту здоров'я у пацієнтів III групи був також у жителів міста. Так показник соціальної активності (SF) складав $36,6 \pm 0,9$ (95% ДІ 34,7-38,6) бали у жителів міста, що було на 8,2% більше, ніж у сільських жителів – $33,8 \pm 3,1$ (95% ДІ 30,4-37,2) ($p < 0,001$).

Клінічно значимими були показники емоційного стану (RE), життєвої активності (VT) і психічного здоров'я (MH). Так, емоційний стан жителів міста (RE) складав $48,6 \pm 1,2$ (95% ДІ 46,2-50,9), тоді як сільські жителі в середньому оцінили свій емоційний стан на 28,2% менше – $37,9 \pm 1,7$ (95% ДІ 34,3-41,6) бали ($p < 0,001$). Життєва активність пацієнтів жителів міста (VT) також була значно вищою на 44,7%, і в середньому складала $49,8 \pm 1,0$ (95% ДІ 47,7-51,8) бали, тоді як в сільських жителів – лише $34,4 \pm 1,6$ бали (95% ДІ 30,9-37,8) ($p < 0,001$). Показник психічного здоров'я (MH) також був вищий у міських жителів – $47,1 \pm 1,1$ (95% ДІ 44,8-49,4) проти $40,2 \pm 1,4$ (95% ДІ 37,2-

43,2) пацієнтів, що проживали в сільській місцевості – що склало різницю у 17,1% ($p < 0,001$). Результати опитування пацієнтів III групи відображені в таблиці 3.3.3.

Таблиця 3.3.3

Оцінка якості життя пацієнтів 3 групи

Шкала SF – 36	Міські жителі	Сільські жителі
<i>Фізичний компонент здоров'я</i>		
PF	56,5±1,1	44,8±1,8
RP	40,1±1,3	34,4±1,1
BP	45,1±1,5	41,1±1,6
GH	48 (43,5-52,5)**	38 (35-48)**
PH*	38,8±1,3	35,6±1,4
<i>Психічний компонент здоров'я</i>		
VT	49,8±1,0	34,4±1,6
SF	36,6±0,9	33,8±1,6
RE	48,6±1,2	37,9±1,7
MH	47,1±1,1	40,2±1,4
MH*	35,9±0,8	33,3±0,9

PH* - фізичний компонент здоров'я;

MH* - психічний компонент здоров'я.

** - дані представлено за критерієм Манна-Уїтні.

Таким чином, у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ з ІХС та ЦД 2 типу, нами виявлено зниження рівня якості життя як за фізичним компонентом, так і за психічним у порівнянні з попередніми двома групами, про що свідчить наявність клінічно вираженої різниці у шести із восьми показників якості життя. Окремо слід зазначити, що клінічне зниження якості життя прослідковувалося виключно у пацієнтів, що проживали у сільській місцевості.

Отже, на підставі проведеного аналізу якості життя пацієнтів досліджуваних груп простежується залежність якості життя від тяжкості основного захворювання. Так, у пацієнтів з ізольованою гіпертонічною хворобою, помірне зниження рівня якості життя фактично мало впливало на повсякденне життя. У той же час пацієнти, у яких перебіг ГХ супроводжувався ІХС, мали певні труднощі у виконанні своїх повсякденних справ. Так у міських жителів були клінічно виражені симптоми перевтоми та загального виснаження (RP), тоді як у сільських жителів клінічно вираженими проявами були больові відчуття (BP), які в подальшому впливали на можливість виконання повсякденних справ. Також характерним для міських жителів було зниження життєвої активності (VT) та рольового функціонування обумовленого емоційним станом (RE). У пацієнтів з ГХ, ІХС та ЦД 2 типу якість життя була на найнижчому рівні у пацієнтів сільської місцевості, за рахунок як психічного так і фізичного компонентів здоров'я. Клінічно виражена різниця визначалася у емоційному стані (RE), рівні життєвої активності (VT), та рівні психічного здоров'я (MH). Щодо фізичного компоненту здоров'я, клінічно вираженою була різниця у показниках фізичного функціонування (PF), загального стану здоров'я (GH) та рольового функціонування обумовленого фізичним станом (RP).

Низький рівень якості життя у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби потребує більш детального вивчення проблеми, з метою зменшення рівня кардіоваскулярного ризику.

РОЗДІЛ 4.
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ
ХВОРОБИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ У СІЛЬСЬКИХ І МІСЬКИХ
ЖИТЕЛІВ.

4.1 Порівняльна характеристика клінічних проявів ГХ з ізолюваним чи коморбідним перебігом в залежності від територіальної приналежності пацієнтів.

Всім пацієнтам, включеним у дослідження, визначали тривалість захворювання, вимірювали АТ, проводили біохімічні дослідження крові, досліджували ехокардіографічні показники та вивчали виразність симптомів гіпертонічної хвороби.

При зверненні за медичною допомогою, у пацієнтів з ізолюваним перебігом ГХ, відмічали коливання систолічного артеріального тиску (САТ) в межах від 110 до 240 мм.рт.ст., і в середньому складав $163,2 \pm 5,5$ мм.рт.ст. у жителів міста і $160,8 \pm 6,9$ мм.рт.ст. у сільських жителів (мінімальний САТ – 120 мм.рт.ст., максимальний – 240 мм.рт.ст.). Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) у жителів міста та села суттєво не відрізнявся, і складав $99,6 \pm 2,8$ мм.рт.ст. і $98,4 \pm 3,6$ мм.рт.ст. відповідно. При цьому мінімальний ДАТ при госпіталізації у жителів міської місцевості складав 80 мм.рт.ст., у сільських жителів – 70 мм.рт.ст., максимальний ДАТ був однаковим – 140 мм.рт.ст.. (табл. 4.1). За індексом маси тіла (ІМТ) суттєвої різниці у I групі між жителями села і міста не спостерігали: $31,2 \pm 1,3$ кг/м² і $33,2 \pm 1,2$ кг/м² відповідно (табл. 4.2). Середня тривалість захворювання на АГ була дещо вищою у жителів села – $129,8 \pm 25,2$ місяців проти $119,3 \pm 25,6$ місяців у жителів міста.

У пацієнтів, де перебіг ГХ був ускладнений ІХС, рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску був порівняно нижчим, ніж у пацієнтів I групи.

Так, середній рівень САТ у міських жителів складав $152,8 \pm 3,9$ мм.рт.ст., тоді як у сільських жителів – $152,7 \pm 3,1$ мм.рт.ст. При цьому відмічали різницю у найнижчих і найвищих показниках: мінімальний САТ у пацієнтів міської місцевості при госпіталізації був 120 мм.рт.ст., у пацієнтів сільської місцевості – 110 мм.рт.ст.; найвищі показники САТ були на рівні 220 і 190 мм.рт.ст. у міських і сільських жителів відповідно.

ДАТ у міських жителів II групи варіював в межах від 70 до 140 мм.рт.ст, і у середньому визначався на рівні $93,5 \pm 2,4$ мм.рт.ст., у сільських жителів в межах від 70 до 120 мм.рт.ст. і в середньому склав – $92,1 \pm 2,1$ мм.рт.ст. (табл. 4.1).

Індекс маси тіла у пацієнтів II групи, аналогічно як і в першій групі фактично не відрізнявся, і складав $30,9 \pm 1,0$ у жителів міста та $31,8 \pm 1,1$ у жителів села. Звертає на себе увагу максимальний показник ІМТ серед порівнюваних груп у міських жителів – 48,4. Тривалість захворювання була порівняно більша, ніж у попередньої групи і складала відповідно $152,5 \pm 15,6$ місяців у міських жителів і $155,2 \pm 23,8$ місяців у сільських жителів.

Аналізуючи перебіг ГХ у пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу, констатували фактично однакові показники систолічного та діастолічного артеріального тиску в порівнюваних групах. Так рівень САТ у жителів міста був дещо нижчим, ніж у сільських жителів і складав відповідно $150 \pm 4,1$ мм.рт.ст і $157,0 \pm 7,0$ мм.рт.ст. Середній рівень ДАТ був однаковий для жителів міста і села у III групі – $88,9 \pm 2,1$ мм.рт.ст. у жителів міста і $89,0 \pm 3,3$ мм.рт.ст. у жителів села. (табл. 4.1).

Індекс маси тіла мало відрізнявся від попередньо-аналізованих груп, і складав відповідно $30,8 \pm 0,7$ кг/м² у жителів міста і $32,5 \pm 1,26$ кг/м² у жителів села (табл. 4.2). Щодо тривалості захворювання, констатували більш тривалий термін захворювання на ГХ у пацієнтів III групи порівняно з пацієнтами II групи, і значно (майже на 40%) ніж у пацієнтів групи з ізольованим її перебігом. При цьому різниці у тривалості захворювання між

пацієнтами сільської та міської місцевості у III групі не спостерігали (165,5±20,1 місяців і 164,1±40,3 місяців).

Таблиця 4.1

Значення артеріального тиску у хворих з ізольованою ГХ, ГХ з ішемічною хворобою серця і ГХ з ІХС та ЦД 2 типу.

	I група		II група		III група	
	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ
	(мм.рт.ст)	(мм.рт.ст)	(мм.рт.ст)	(мм.рт.ст)	(мм.рт.ст)	(мм.рт.ст)
	min.	min.	min.	min.	min.	min.
	max.	max.	max.	max.	max.	max.
Міські жителі	163,2±2,2	99,6±2,8	152,8±3,9	93,5±2,4	150,0±4,1	88,9±2,1
	110	80	120	70	120	70
	240	140	220	140	200	100
Сільські жителі	160,8±6,9	98,4±3,6	152,7±3,1	92,1±2,1	157,0±7,0	89,0±3,3
	120	70	110	70	115	70
	240	140	190	120	200	115

Таким чином, порівнюючи всі три групи, відмічали найвищий рівень артеріального тиску у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби. Скоріше за все це пояснювалося дебютом захворювання, низькою інформованістю про симптоматику гіпертонічної хвороби і, як наслідок, несвоєчасним зверненням до лікаря за допомогою для отримання адекватної стартової антигіпертензивної терапії.

Таблиця 4.2

Значення індексу маси тіла (ІМТ) у хворих з ізольованою ГХ, ГХ з ішемічною хворобою серця і ГХ з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу.

	І група		ІІ група		ІІІ група	
	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ
ІМТ _{сер.} (кг/м ²)	31,2±1,3	33,2±1,2	30,9±1,0	31,8±1,1	30,8±0,7	32,5±1,2
min. (кг/м ²)	22,0	23,3	21,6	21,0	23,0	26,6
max. (кг/м ²)	45,2	45,0	48,4	42,7	36,7	41,5

*МЖ – міські жителі;

*СЖ – сільські жителі.

З даної таблиці, можна зробити висновок, що значення ІМТ у всіх хворих було фактично однаковим в порівнюваних групах, незалежно від територіальної приналежності ($p > 0,05$).

Рівень загального холестерину у пацієнтів міської та сільської місцевості в першій групі суттєво не відрізнявся, і в середньому складав $5,84 \pm 0,27$ і $5,78 \pm 0,33$ відповідно. Рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХЛПВЩ) майже був ідентичним ($1,29 \pm 0,05$ і $1,28 \pm 0,07$), тоді як рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХЛПНЩ) був вищим у міських жителів ($3,70 \pm 0,20$ і $3,61 \pm 0,26$). Середній рівень тригліцеридів (ТГ) був вищим у сільських жителів на 10,5%. Індекс атерогенності (ІА) у жителів міста першої групи складав $3,62 \pm 0,24$, тоді як у жителів сільської місцевості – $3,55 \pm 0,24$ (табл. 4.3).

У групі, де перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця, спостерігали підвищені результати всіх досліджуваних аналізів, окрім ХЛПВЩ. Так, середній рівень ЗХ складав $6,04 \pm 0,24$ у жителів

міста і $5,44 \pm 0,18$ у жителів села, ХЛПНЩ – $3,68 \pm 0,19$ і $3,24 \pm 0,15$, рівень тригліцеридів – $1,69 \pm 0,14$ і $1,37 \pm 0,11$ відповідно у жителів міста і села. У міських жителів, показник ІА склав $3,48 \pm 0,21$ тоді як у сільських жителів – $3,20 \pm 0,22$. (табл. 4.3).

У пацієнтів ІІІ групи, спостерігали нижчий середній рівень ХЛПВЩ порівняно з попередніми групами, але різниці між сільськими і міськими жителями не виявлено ($1,16 \pm 0,04$ і $1,16 \pm 0,07$). Аналогічно попереднім двом групам, всі інші дані лабораторних аналізів були вищими у міських жителів, ніж у сільських. Рівень ЗХ у жителів міста склав $5,58 \pm 0,27$, у жителів села – $5,28 \pm 0,35$. Значення ХЛПНЩ і ТГ склали $3,51 \pm 0,21$ і $2,09 \pm 0,25$ у міських жителів та $3,27 \pm 0,26$ і $1,94 \pm 0,24$ у сільських. Індекс атерогенності був найвищим серед порівнюваних груп: $3,83 \pm 0,27$ – у містян і $3,71 \pm 0,36$ у жителів сільської місцевості (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Середнє значення біохімічних показників крові у хворих з ізольованою ГХ, ГХ з ішемічною хворобою серця і ГХ з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу.

Показник	І група		ІІ група		ІІІ група	
	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ
ЗХ ммоль/л	$5,84 \pm 0,27$	$5,78 \pm 0,33$	$6,04 \pm 0,24$	$5,44 \pm 0,18$	$5,58 \pm 0,27$	$5,28 \pm 0,35$
ХЛПВЩ ммоль/л	$1,29 \pm 0,05$	$1,28 \pm 0,07$	$1,37 \pm 0,07$	$1,38 \pm 0,07$	$1,16 \pm 0,04$	$1,16 \pm 0,07$
ХЛПНЩ ммоль/л	$3,70 \pm 0,20$	$3,61 \pm 0,26$	$3,68 \pm 0,19$	$3,24 \pm 0,15$	$3,51 \pm 0,21$	$3,27 \pm 0,26$
ТГ ммоль/л	$1,62 \pm 0,21$	$1,79 \pm 0,28$	$1,69 \pm 0,14$	$1,37 \pm 0,11$	$2,09 \pm 0,25$	$1,94 \pm 0,24$
ІА	$3,62 \pm 0,24$	$3,55 \pm 0,24$	$3,48 \pm 0,22$	$3,20 \pm 0,22$	$3,83 \pm 0,27$	$3,71 \pm 0,36$
min.	1,39	1,68	0,62	0,89	1,39	1,61
max.	7,05	5,85	5,6	5,5	7,73	5,85

*МЖ – міські жителі;

*СЖ – сільські жителі.

Статистичний аналіз показників ліпідного профілю не виявив статистично значимої різниці ($p > 0,05$). Однак у результаті аналізу біохімічних показників крові, звертає на себе увагу найнижчий рівень індексу атерогенності, у тому числі самі низькі показники максимального його рівня, у пацієнтів з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця. Це пояснюється прийомом гіполіпідемічних препаратів великим відсотком пацієнтів II групи.

З метою вивчення особливостей гемодинамічних показників серця проводили ехокардіографічне дослідження всім пацієнтам (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Ехокардіографічні показники у хворих по групах

Параметр	I група		II група		III група	
	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ
КДРЛШ см	5,36±0,07	5,31±0,12	5,15±0,08	5,20±0,07	5,34±0,10	5,47±0,13
КСРЛШ см	3,60±0,06	3,70±0,14	3,51±0,06	3,54±0,06	3,74±0,07	3,72±0,12
ФВ, %	59,5±1,3	58,1±1,2	57,6±1,1	58,9±0,8	55,8±0,88	59,4±1,46
КДРПШ см	2,76±0,06	2,78±0,07	2,73±0,05	2,79±0,04	2,85±0,07	2,91±0,14
КДО, мл	139,6±4,6	136,5±6,5	128,8±5,0	132,4±4,2	135,6±4,4	132,3±11,6
КСО, мл	55,7±2,1	59,8±5,8	54,9±3,1	53,8±1,9	60,5±2,4	58,8±4,2
УО, мл	86,3±3,1	73,8±3,8	73,1±3,1	77,3±2,8	77,8±2,9	85,8±4,6
ЗСЛШ см	1,18±0,03	1,19±0,03	1,19±0,03	1,17±0,02	1,19±0,02	1,21±0,03
МШП см	1,18±0,04	1,22±0,06	1,22±0,04	1,20±0,02	1,25±0,04	1,23±0,07

Дані у таблиці статистично достовірні $p < 0,05$

При порівнянні ехокардіографічних показників серця хворих з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, виявлено наступні відмінності: значення КДРЛШ і КСРЛШ були вищими у жителів міста – $5,36 \pm 0,07$ см і $4,71 \pm 1,09$ см, проти $5,31 \pm 0,12$ см і $3,70 \pm 0,14$ см у сільських жителів. КДРПШ навпаки був вищим у сільських жителів ($2,78 \pm 0,07$ см проти $2,76 \pm 0,06$ см). Фракція викиду також в середньому була вищою у міських жителів $59,5 \pm 1,3\%$ проти $58,1 \pm 1,2\%$. Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) також був більшим в середньому на $2,2\%$ у міських жителів, у той же час, кінцевий систолічний об'єм (КСО), навпаки, був більшим у сільських жителів ($59,8 \pm 5,8$ мл проти $55,7 \pm 2,1$ мл). Ударний об'єм (УО) лівого шлуночка у міських жителів значно перевищував аналогічний показник сільських жителів (на $12,5\%$). Товщина задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) була дещо більша у сільських жителів – $1,19 \pm 0,03$ см проти $1,18 \pm 0,03$ см – у міських жителів. Аналогічно і товщина міжшлуночкової перетинки була в середньому більшою у сільських жителів (на $3,4\%$).

При аналізі ЕХО-КС хворих другої групи, відмічали протилежну картину порівнюючи з попередньою групою. Так розміри КДРЛШ, КСРЛШ і КДРПШ були більшими у пацієнтів сільської місцевості і складали в середньому відповідно $5,20 \pm 0,07$ см, $3,54 \pm 0,06$ см і $2,79 \pm 0,04$ см, тоді як аналогічні показники у міських жителів були наступними: $5,15 \pm 0,08$ см, $3,51 \pm 0,06$ см і $2,73 \pm 0,05$ см. Фракція викиду також була вищою у жителів села (на $2,3\%$). Показники КДО і УО складали $132,4 \pm 4,2$ мл і $77,3 \pm 2,8$ мл у жителів села і $128,8 \pm 5,0$ мл і $73,1 \pm 3,1$ мл у жителів міста. Тоді як КСО навпаки був вищим у міських жителів $54,9 \pm 3,1$ мл проти $53,8 \pm 1,9$ мл.

ЗСЛШ була в середньому товщою у жителів міста $1,19 \pm 0,03$ см проти $1,17 \pm 0,02$ см, аналогічно як і товщина МШП – $1,22 \pm 0,04$ см $>$ $1,20 \pm 0,02$ см.

У пацієнтів, у яких перебіг ГХ був ускладнений ІХС і ЦД 2 типу, середні показники КДРЛШ і КДРПШ були вищими у жителів села: $5,47 \pm 0,13$ см $>$ $5,34 \pm 0,10$ см, і $2,91 \pm 0,14$ см $>$ $2,85 \pm 0,07$ см, тоді як КСРЛШ навпаки був більшим у міських жителів $3,74 \pm 0,07$ см $<$ $3,72 \pm 0,12$ см. Фракція викиду була

вищою на 3,6% у сільських жителів. Показники КДО і КСО були вищими у жителів міста $135,6 \pm 4,4$ мл проти $132,3 \pm 11,6$ мл і $60,54 \pm 2,39$ мл проти $58,8 \pm 4,2$ мл, проте ударний об'єм навпаки спостерігали вищим у сільських жителів – $85,8 \pm 4,6$ мл проти $77,8 \pm 2,9$ мл у міських.

Товщина ЗСЛШ була порівнювано вища у пацієнтів сільської місцевості $1,21 \pm 0,03$ см проти $1,19 \pm 0,02$ см у жителів міста, проте товщина МШП навпаки була більшою у пацієнтів з міста ($1,25 \pm 0,04$ см і $1,23 \pm 0,07$ см).

Таким чином, порівнюючи пацієнтів всіх трьох груп, слід констатувати збільшення товщини задньої стінки лівого шлуночка та міжшлуночкової перетинки у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ.

Аналіз симптомів ГХ засвідчив наступні результати (табл.4.5). У міських жителів I групи спостерігали більш виражені симптоми гіпертонічної хвороби: головний біль констатували у 61,5% пацієнтів, тяжкість в голові – 42,3%, шум у вухах – 34,6%. Тоді як у сільських жителів, аналогічні показники мали наступний вигляд: головний біль – 42,1% пацієнтів, тяжкість в голові – 26,9%, шум у вухах – 21,0%. Безсимптомний перебіг ГХ був переважно у жителів сільської місцевості – 57,9%, тоді як у жителів міста – лише у 38,5%.

У пацієнтів з ГХ та ІХС, головний біль у міських жителів констатували у 64,7% хворих, тяжкість в голові – 52,9%, шум у вухах – 29,4% пацієнтів. У сільських жителів скарг було менше: головний біль у 52,9%, тяжкість в голові – 29,4%, шум у вухах – 20,6%. Аналогічно пацієнтам з ізольованим перебігом ГХ, безсимптомний перебіг частіше виявляли у жителів сільської місцевості – 26,5% проти 23,5%.

У пацієнтів III групи головний біль був провідною скаргою у 58,3% пацієнтів з міста, тоді як в сільських жителів – лише 53,3%. На тяжкість в голові міських жителів скаржилося 45,8%, проти 40,0% сільських, шум у вухах відмічало 20,8% міських жителів і 13,3% сільських. Безсимптомний перебіг ГХ констатували більше у жителів села на 5,0% (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Результати аналізу клінічних симптомів ГХ у порівнюваних групах

Симптоми ГХ	I група		II група		III група	
	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ	МЖ	СЖ
Головний біль, (n, %)	16 61,5	8 42,1	22 64,7	18 52,9	14 58,3	8 53,3
Тяжкість в голові, (n, %)	11 42,3	7 26,9	18 52,9	10 29,4	11 45,8	6 40,0
Шум у вухах, (n, %)	9 34,6	4 21,0	10 29,4	7 20,6	5 20,8	2 13,3
Безсимптомний перебіг, (n, %)	10 38,5	11 57,9	8 23,5	9 26,5	2 8,3	2 13,3

Таким чином, за результатами дослідження симптомів ГХ у порівнюваних групах, спостерігали більшу вираженість симптомів у пацієнтів що проживали у місті, при цьому більше проявлялися ці симптоми у хворих з ізольованим перебігом ГХ. У той же час, частота випадків безсимптомного перебігу переважала у жителів села незалежно від наявності чи відсутності коморбідного перебігу ГХ.

Визначали частоту проявів клінічних симптомів у порівнюваних групах, а також частоту виникнення гіпертонічних кризів (табл. 4.6). Для зручності візуалізації підраховували середню частоту головного болю, тяжкості в голові, шуму у вухах – кількість епізодів на місяць; гіпертонічні кризи – кількість кризів на рік сумарно.

Таблиця 4.6

Результати аналізу клінічних симптомів ГХ у порівнюваних групах

	I група				II група				III група			
	ГБ	ТГ	ШВ	ГК	ГБ	ТГ	ШВ	ГК	ГБ	ТГ	ШВ	ГК
МЖ	7,3 ±0,9	5,5 ±0,8	4,3 ±0,5	1	8,5 ±1,0	7,1 ±0,8	3,3 ±0,3	3	10,6 ±1,1	6,6 ±0,7	4,1 ±0,4	3
СЖ	6,5 ±0,7	5,5± 0,7	3,8± 0,4	2	7,9 ±0,9	6,6 ±0,7	3,3 ±0,2	4	9,4 ±1,0	7,0 ±0,6	3,2 ±0,3	5

*ГБ – головний біль; ТГ – тяжкість у голові; ШВ – шум у вухах; ГК – гіпертонічний криз; МЖ – міські жителі; СЖ – сільські жителі.

Таблиця 4,5 ілюструє, що середня кількість частоти головного болю була порівняно вищою у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ, переважно у жителів міста. У той же час, шум у вухах і тяжкість в голові майже не відрізнялися у пацієнтів що проживали у місті чи селі, а частота проявів була вищою у II і III групах. Частота гіпертонічних кризів прогресивно збільшувалася у пацієнтів з більш ускладненим перебігом ГХ.

Всім хворим при госпіталізації проводили добовий моніторинг артеріального тиску. Для аналізу виділили наступні показники: систолічний артеріальний тиск в денний (САТ_д) та нічний (САТ_н) час, діастолічний артеріальний тиск в денний (ДАТ_д) та нічний (ДАТ_н) час, частоту серцевих скорочень (ЧСС) за добу, добовий середній систолічний (САТ₂₄), діастолічний (ДАТ₂₄) артеріальний тиск та індекс часу систолічного (ІЧ САТ) і діастолічного тиску (ІЧ ДАТ).

Так у пацієнтів з ізольованим перебігом ГХ суттєвої різниці у майже всіх показниках фактично не спостерігали. Статистично значимою різницею був показник добового САТ, який у жителів міста був в середньому вищим на 4,6 мм.рт.ст., а також показники ІЧ САТ та ІЧ ДАТ, які були вищими на 2,4% і 4,5% відповідно, ($p < 0,05$). (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Показники ДМАТ у хворих з ізольованим перебігом ГХ

	І група	
	Міські жителі	Сільські жителі
САТ _д (мм.рт.ст.)	152,1±2,2	150,2±2,5
ДАТ _д (мм.рт.ст.)	93,4±2,4	94,4±2,6
САТ _н (мм.рт.ст.)	132,3±2,0	130,2±2,4
ДАТ _н (мм.рт.ст.)	85,7±2,1	84,8±2,8
ЧСС (ударів/хв)	69,4±2,3	65,8±2,4
САТ ₂₄ (мм.рт.ст.)	145,3±2,1	140,7±2,1
ДАТ ₂₄ (мм.рт.ст.)	91,1±2,3	90,2±1,9
ІЧ САТ (%)	68,2±5,1	65,8±5,7
ІЧ ДАТ (%)	63,3±4,8	58,8±5,1

У пацієнтів, де перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця, звертало на себе увагу підвищення денного САТ і ДАТ у пацієнтів що проживали в місті (146,±2,5 мм.рт.ст. проти 143,4±2,6 мм.рт.ст. та 94,4±2,1 мм.рт.ст. проти 90,8±1,8 мм.рт.ст.) ($p<0,05$). У той же час дані показники за нічний період часу були діаметрально протилежними – рівень САТ_н був вищий у жителів села на 3,2 мм.рт.ст., а рівень ДАТ_н в середньому на 2 мм.рт.ст., хоча рівень добового САТ і ДАТ був вищим пацієнтів з міста. Показники індексу часу САД і ДАТ були вищими майже на 6% кожен у жителів що проживали в міській місцевості ($p<0,05$) (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Показники ДМАТ у хворих з поєднаним перебігом ГХ та ІХС

	II група	
	Міські жителі	Сільські жителі
САТ _д (мм.рт.ст.)	146,±2,5	143,4±2,6
ДАТ _д (мм.рт.ст.)	94,4±2,1	90,8±1,8
САТ _н (мм.рт.ст.)	125,2±1,8	128,4±1,9
ДАТ _н (мм.рт.ст.)	80,4±1,9	82,4±1,8
ЧСС (ударів/хв)	62,1±1,9	61,8±1,8
САТ ₂₄ (мм.рт.ст.)	141,8±2,4	139,6±2,5
ДАТ ₂₄ (мм.рт.ст.)	92,1±2,0	88,6±1,9
ІЧ САТ (%)	70,2±4,8	64,3±4,5
ІЧ ДАТ (%)	66,8±4,6	60,4±4,2

Аналіз результатів добового моніторингу артеріального тиску у пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ з ІХС та ЦД 2 типу відображено в таблиці 4.9. Так, середній рівень САТ_д був вищим у пацієнтів з міста на 3,7 мм.рт.ст., при цьому середній рівень ДАТ_д навпаки був вищим у сільських жителів на 1,8 мм.рт.ст. Вночі середній показник САТ_н і ДАТ_н був вищим у жителів сільської місцевості на 5,3 мм.рт.ст. і 3,7 мм.рт.ст. відповідно. Аналогічну картину констатували і з показниками САТ₂₄ і ДАТ₂₄ – вони були порівняно вищими у хворих, що проживали в сільській місцевості. За результатами аналізу індексу часу САТ і ДАТ констатовано вищий рівень у жителів міста на 4,7% і 3,4% відповідно.

Таблиця 4.9

**Показники ДМАТ у хворих з поєднаним перебігом ГХ,
ІХС і ЦД 2 типу**

	III група	
	Міські жителі	Сільські жителі
САТ _д (мм.рт.ст.)	144,1±2,3	140,4±2,5
ДАТ _д (мм.рт.ст.)	88,3±2,6	90,1±2,5
САТ _н (мм.рт.ст.)	121,3±2,1	126,6±2,4
ДАТ _н (мм.рт.ст.)	76,9±2,4	80,6±2,4
ЧСС (ударів/хв)	62,7±1,8	59,3±1,9
САТ ₂₄ (мм.рт.ст.)	139,8±2,2	142,3±2,6
ДАТ ₂₄ (мм.рт.ст.)	87,4±2,6	88,4±2,7
ІЧ САТ (%)	72,3±5,6	67,6±6,4
ІЧ ДАТ (%)	67,2±5,1	63,8±6,3

Хворим було визначено добовий індекс (ДІ). На підставі оцінки ступеня нічного зниження АТ відносно денного виділяли наступні види добового профілю АТ: «dipper» — особи з нормальним зниженням АТ вночі (ДІ = 10–20%), «non-dipper» — особи з недостатнім зниженням АТ вночі (ДІ = 0–10%), «over-dipper» — особи зі значним зниженням АТ вночі (ДІ > 20%), «night-peakers» — особи із відсутністю зниження АТ (ДІ має від’ємне значення, нічний рівень АТ вищий за денний). Результати відображено в таблиці 4.10.

Таблиця 4.10

**Розподіл хворих порівнюваних груп за показником нічного
зниження систолічного артеріального тиску**

	І група		ІІ група		ІІІ група	
	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі
«dipper» n, (%)	10 (38,5)	7 (36,8)	12 (35,2)	12 (35,2)	7 (29,2)	5 (33,3)
«non-dipper» n, (%)	9 (34,6)	6 (31,6)	11 (32,4)	9 (26,4)	6 (25,0)	3 (20,0)
«night-peaker» n, (%)	5 (19,2)	4 (21,1)	7 (20,6)	6 (17,8)	5 (20,8)	4 (26,7)
«over-dipper» n, (%)	2 (7,7)	2 (10,5)	4 (11,8)	7 (20,6)	6 (25,0)	3 (20,0)
Всього	26 (100)	19 (100)	34 (100)	34 (100)	24 (100)	15 (100)

За результатами проведеного аналізу, відзначено вищий рівень показника «night-peaker» у пацієнтів сільської місцевості І (на 1,9%) та ІІІ (на 5,9%) групи, та у жителів міста ІІ групи (на 2,8%). Разом з тим, слід відмітити вищий рівень показника «over-dipper» жителів сільської місцевості в І (на 2,8%) та ІІ (на 8,8%) групах, при переважанні цього рівня у пацієнтів ІІІ групи (на 5,0%). Дані аналізу даного показника, можуть свідчити про незадовільний перебіг ГХ на фоні отримуваної терапії, що потребує подальшого вивчення і коригування.

Субклінічно виражена тривога	1	5,3	3	15,8	2	7,7	0	0
Клінічно виражена тривога	0	0	1	5,3	2	7,7	0	0
Наявність тривоги і депресії	0	0	1	5,3	2	7,7	1	3,8

Звертає на себе увагу, що більш схильними до проявів тривоги у сільській місцевості були жінки, тоді як у місті, більш схильними до порушень психологічного статусу були, навпаки, чоловіки.

У пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ та ІХС спостерігали наступні прояви порушень психологічного статусу (табл. 4.12).

Таблиця 4.12

Прояви тривоги і депресії у пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ та ІХС.

	II група (n=68)							
	Сільські жителі (n=34)				Міські жителі (n=34)			
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутність тривоги і депресії	12	35,3	5	14,7	5	14,7	8	23,5
Субклінічно виражена депресія	0	0	1	2,9	0	0	0	0
Клінічно виражена депресія	0	0	0	0	0	0	1	2,9
Субклінічно виражена тривога	2	5,9	2	5,9	4	11,8	6	17,6
Клінічно виражена тривога	3	8,8	2	5,9	0	0	1	2,9
Наявність тривоги і депресії	1	2,9	6	17,6	2	5,9	7	20,6

Відсутність будь яких проявів тривоги і депресії у пацієнтів II групи констатували у порівняно меншого відсотка пацієнтів (44,1%), ніж у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби. Частіше виявляли прояви тривоги. Депресивна симптоматика відмічена лише у 5,8% пацієнтів. Ознаки субклінічно вираженої тривоги частіше виявляли у жителів міста (29,4%), тоді як клінічно виражена тривога спостерігалася частіше у жителів села (на 11,8%). Поєднання клінічних проявів тривоги і депресії констатували як і у контрольній групі частіше у жителів міста (20,5% проти 26,5%). Щодо гендерних особливостей, то як і у міських, так і у сільських жителів, частіше тривожно депресивна симптоматика у II групі відмічалася у жінок.

У пацієнтів III групи, спостерігали значне зниження кількості пацієнтів з відсутністю ознак тривоги і депресії – лише 13,3% у сільських та 8,3% у міських жителів. Прояви депресії були клінічно виражені, і суттєво не відрізнялися у хворих з села та міста. Як і у пацієнтів II групи, констатували порівняно вищий відсоток проявів тривоги порівняно з депресивною симптоматикою (40,5%). Проте суттєвої різниці у відсотковому співвідношенні проявів субклінічної та клінічної тривоги між жителями міста та села не спостерігали (19,8% проти 20,9%). Однак поєднання проявів тривоги та депресії значно вище було у жителів міста (62,5%), ніж у сільських жителів (53,3%), аналогічно як і у пацієнтів II групи (табл. 4.13).

Стосовно гендерного поділу, жінки частіше піддавалися тривозі та депресії порівняно з чоловіками, аналогічно пацієнтам групи з поєднаним перебігом ГХ та ІХС.

Таблиця 4.13

**Прояви тривоги і депресії у пацієнтів з
коморбідним перебігом ГХ, ІХС, на ЦД 2 типу.**

	III група (n=39)							
	Сільські жителі (n=15)				Міські жителі (n=24)			
	Чоловіки		Жінки		Чоловіки		Жінки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Відсутність тривоги і депресії	2	13,3	0	0	2	8,3	0	0
Субклінічно виражена депресія	0	0	0	0	0	0	0	0
Клінічно виражена депресія	1	6,6	1	6,6	2	8,3	0	0
Субклінічно виражена тривога	1	6,6	1	6,6	1	4,2	2	8,3
Клінічно виражена тривога	0	0	1	6,6	1	4,2	1	4,2
Наявність тривоги і депресії	3	20,0	5	33,3	5	20,8	10	41,7

Таким чином, за результатом проведеного аналізу психологічного статусу пацієнтів з ізольованим та поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби, відмічаємо значне підвищення відсотку клінічних проявів тривоги і депресії прямопропорційно зі зростанням коморбідності. Порівняно частіше тривозі та депресії піддаються жінки, що проживають у місті.

Визначали залежність впливу тривоги та/і депресії на якість життя пацієнтів. До уваги брали показники, де спостерігали клінічно значиму різницю (табл. 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3).

Так, у рівень показника PF у жителів міста міцно зворотно корелював з рівнем тривоги ($r=-0,97$), тоді як залежності від рівня депресії не спостерігали ($r=-0,15$). У той же час у жителів сільської місцевості, цей показник (PF) міцно корелював аналогічно міським жителям з тривогою ($r=-0,79$), і схожу картину спостерігали і для середнього рівня депресії ($r=-0,37$). Клінічна різниця, що спостерігалася у показниках психічного компоненту здоров'я – життєвої активності (VT) та психічного здоров'я (МН) продемонстрували наступні кореляційні зв'язки відносно рівня тривоги і депресії: VT – міцний зворотній у міських жителів з тривогою ($r=-0,91$) та відсутність такого з депресією ($r=-0,16$), а також міцний зворотній з тривогою ($r=-0,87$) та слабкий з депресією ($r=-0,44$) – у жителів сільської місцевості; МН – міцний зворотній у міських жителів з тривогою ($r=-0,93$) та слабкий з депресією ($r=-0,27$), як і у сільських жителів: з тривогою – $r=-0,73$, з депресією – $r=-0,23$.

Стосовно пацієнтів II групи, міцний зворотній кореляційний зв'язок було виявлено між показником RP та рівнем тривоги у міських жителів ($r=-0,87$), у той же час, у сільських жителів прослідковувався слабкий зворотній зв'язок ($r=-0,45$). Між рівнем депресії та показником RP міцний зворотній кореляційний зв'язок виявлено у сільських жителів ($r=-0,80$), у міських жителів – зворотній середній зв'язок ($r=-0,68$). Беручи до уваги показник BP, встановлено міцний зворотній кореляційний зв'язок між рівнем тривоги ($r=-0,91$) та депресії ($r=-0,74$) у міських жителів. У сільських жителів міцний зворотній кореляційний зв'язок був з рівнем депресії ($r=-0,89$), тоді як з рівнем тривоги такого не спостерігали ($r=-0,38$). Досліджуючи психічний компонент якості життя пацієнтів II групи виявлено міцний зворотній кореляційний зв'язок між показником VT та рівнем депресії ($r=-0,91$), та помірний зворотній кореляційний зв'язок з рівнем тривоги ($r=-0,63$) у міських жителів. Пацієнти, що проживали у сільській місцевості навпаки мали міцний зворотній кореляційний зв'язок з рівнем тривоги ($r=-0,95$), та фактичну його відсутність з рівнем депресії ($r=-0,34$). Показник RE у жителів міста міцно зворотно корелював з рівнем тривоги ($r=-0,97$) та помірна

кореляція визначалася з рівнем депресії ($r=-0,62$). У сільських же жителів навпаки – міцний зворотній кореляційний зв'язок з рівнем депресії ($r=-0,95$), та дуже слабкий – з рівнем тривоги ($r=-0,42$).

Проведений кореляційний аналіз пацієнтів III групи між показником RF та впливом психосоматичних факторів міських жителів, виявив міцний зворотній кореляційний зв'язок з рівнем депресії ($r=-0,92$) та середній зворотній зв'язок з рівнем тривоги ($r=-0,55$). У сільських жителів спостерігали протилежну картину: міцний зворотній зв'язок з рівнем тривоги ($r=-0,97$) та середній зворотній зв'язок з рівнем депресії ($r=-0,47$). Показник GH мав міцний зворотній кореляційний зв'язок з рівнем тривоги у міських жителів ($r=-0,93$) та рівнем депресії у сільських ($r=-0,95$), тоді як зворотній середній кореляційний зв'язок встановлено між рівнем депресії у міських жителів ($r=-0,51$) та рівнем тривоги у сільських ($r=-0,57$). Беручи до уваги показник RP, встановлено міцний зворотній кореляційний зв'язок з рівнем тривоги ($r=-0,96$) та середній кореляційний зв'язок з рівнем депресії ($r=-0,54$) у міських жителів, стосовно ж сільських жителів – картина схожа: з рівнем тривоги ($r=-0,90$), з рівнем депресії – ($r=-0,49$). Щодо психічного компоненту якості життя, то у жителів міста показник VT міцно зворотно корелював з рівнем депресії ($r=-0,95$), та помірно з рівнем тривоги ($r=-0,54$), тоді як у жителів сільської місцевості навпаки – міцний зворотній кореляційний зв'язок прослідковувався з рівнем тривоги ($r=-0,94$), та помірний зворотній з рівнем депресії ($r=-0,60$). Констатували незначну відмінність зворотної кореляції у показнику RE у міських жителів, проте міцнішою вона була щодо депресії ($r=-0,72$) порівняно з тривогою ($r=-0,54$). У той же час для сільських жителів навпаки – міцніший зворотній кореляційний зв'язок був з рівнем тривоги ($r=-0,88$), порівняно з рівнем депресії ($r=-0,55$). Показник MH у міських жителів, мав міцний кореляційний зворотній зв'язок з рівнем тривоги ($r=-0,92$) та помірний з рівнем депресії ($r=-0,51$), аналогічно як і у сільських жителів: з тривогою – $r=-0,94$, з депресією – $r=-0,59$.

Таким чином, на підставі проведеного аналізу можна стверджувати, що у показниках компонентів якості життя, де спостерігалася клінічно значима різниця, як у сільських так і міських жителів, зниження останніх відбувалася переважно за рахунок впливу тривоги. При цьому, слід зазначити, вплив депресії спостерігався лише у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби, переважно у пацієнтів сільської місцевості. Окремо потрібно констатувати, що проявам тривоги піддавалися пацієнти I та II груп які проживали в місті, що призводило до зниження рівня психічного компоненту якості життя. У пацієнтів III групи, котрі проживали в сільській місцевості, наявність тривожної симптоматики впливало на зниження як фізичного, так і психічного компонентів якості життя.

Стресостійкість пацієнтів порівнюваних груп визначали за шкалою «Стресостійкості та соціальної адаптації» Холмса-Рея.

У I групі, за результатами тестування, менше 150 балів набрали 12 (46,2%) хворих з міської місцевості та 14 (73,7%) – сільської, у діапазон 150-300 балів потрапило 14 (53,8%) хворих з міської та 5 (26,3%) з сільської місцевості. Пацієнтів, які за результатами опитування набрали більше 300 балів не було.

У пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ та ІХС низький рівень ймовірності виникнення супутніх психосоматичних хвороб спостерігали у 16 (47,1%) міських та 14 (41,3%) сільських жителів. Тоді як результати тестування від 150 до 300 балів констатували у 16 (47,1%) хворих з міської та 18 (52,9%) хворих з сільської місцевості. У даній групі 4 (11,6%) пацієнта мали високий ризик (90%) виникнення супутніх захворювань у найближчий період, по 2 пацієнти з міської і сільської місцевості.

Пацієнти III групи мали порівняно кращі показники з хворими II групи: 14 (58,3%) жителів міста мали низький ризик розвитку супутніх захворювань і 8 (53,3%) – жителів села відповідно. Бальний показник у проміжку від 150 до 300 визначали у 10 (41,7%) міських мешканців та 7 (46,7%) у сільських. Більше 300 балів жоден пацієнт у даній групі не набрав (табл. 4.14).

Таблиця 4.14

**Показники тесту Холмса-Рея у хворих на ГХ
у порівнюваних групах.**

	І група				ІІ група				ІІІ група			
	Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі		Міські жителі		Сільські жителі	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<150 балів	12	46,2	14	73,7	16	47,1	14	41,3	14	58,3	8	53,3
150-300 балів	14	53,8	5	26,3	16	47,1	18	52,9	10	41,7	7	46,7
>300 балів	0	0	0	0	2	5,8	2	5,8	0	0	0	0

Таким чином, пацієнти з коморбідним перебігом ГХ та ІХС мають найвищий рівень накопиченого стресу протягом останнього року. Так, рівно половина хворих ІІ групи мають ризик виникнення супутніх захворювань психосоматичного генезу в найближчий час з ймовірністю в 50,0% тоді як 11,6% пацієнтів мають цю ймовірність – 90,0%.

Аналізуючи вплив накопиченого стресу на перебіг гіпертонічної хвороби, було виявлено високий кореляційний зв'язок ($r > 0,9$) між показниками балів за шкалою Холмса-Рея та добового систолічного артеріального тиску, що визначали за допомогою добового моніторингу артеріального тиску (рис. 4.1-4.6).

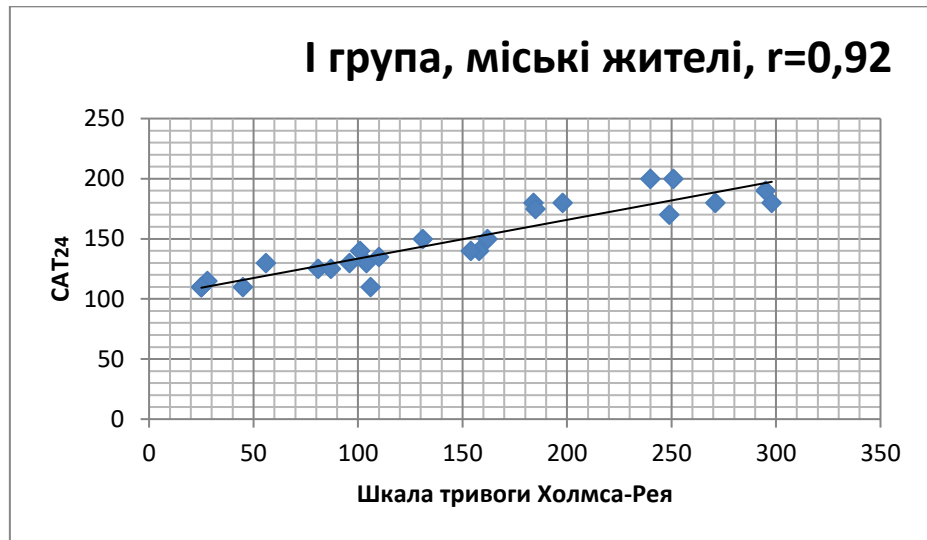


Рис. 4.1.

*Залежність CAT_{24} від рівня накопиченого стресу у пацієнтів
I групи міської місцевості*

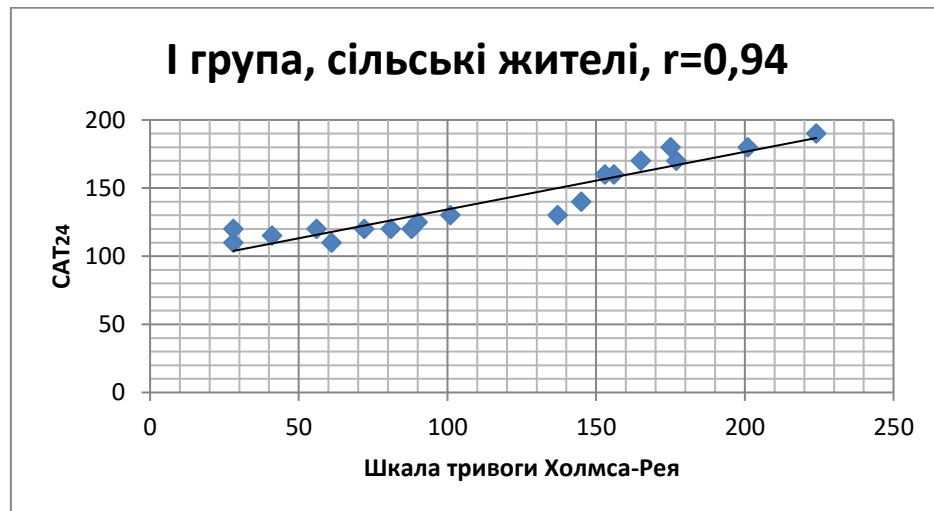


Рис. 4.2.

*Залежність CAT_{24} від рівня накопиченого стресу у пацієнтів
I групи сільської місцевості*



Рис. 4.3.

*Залежність CAT_{24} від рівня накопиченого стресу у пацієнтів
II групи міської місцевості*

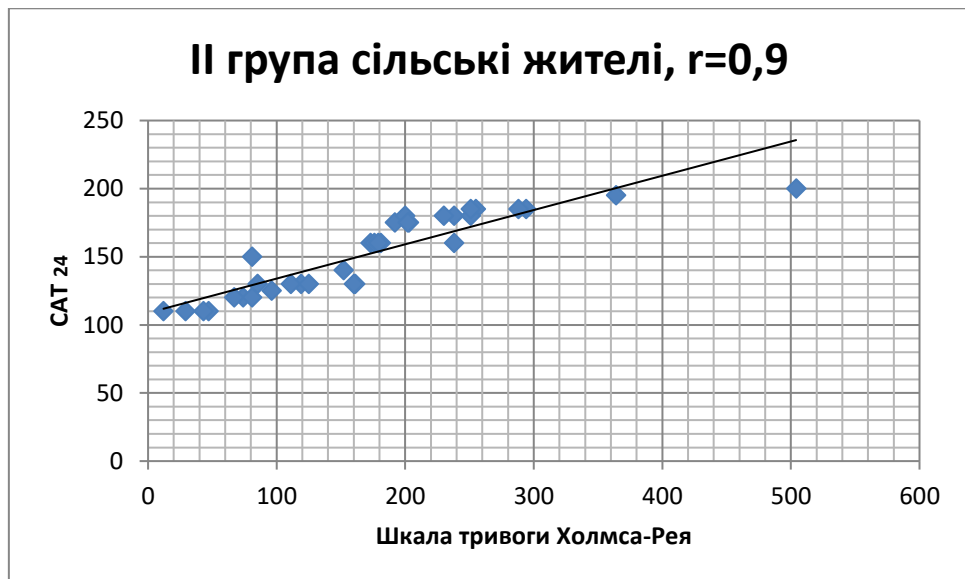


Рис. 4.4.

*Залежність CAT_{24} від рівня накопиченого стресу у пацієнтів
II групи сільської місцевості*

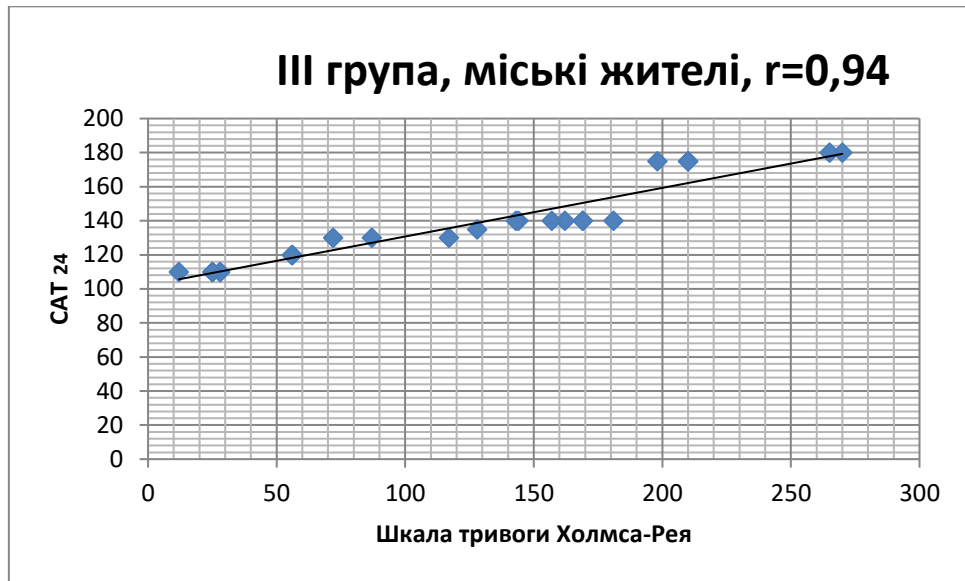


Рис. 4.5.

*Залежність CAT_{24} від рівня накопиченого стресу у пацієнтів
III групи міської місцевості*

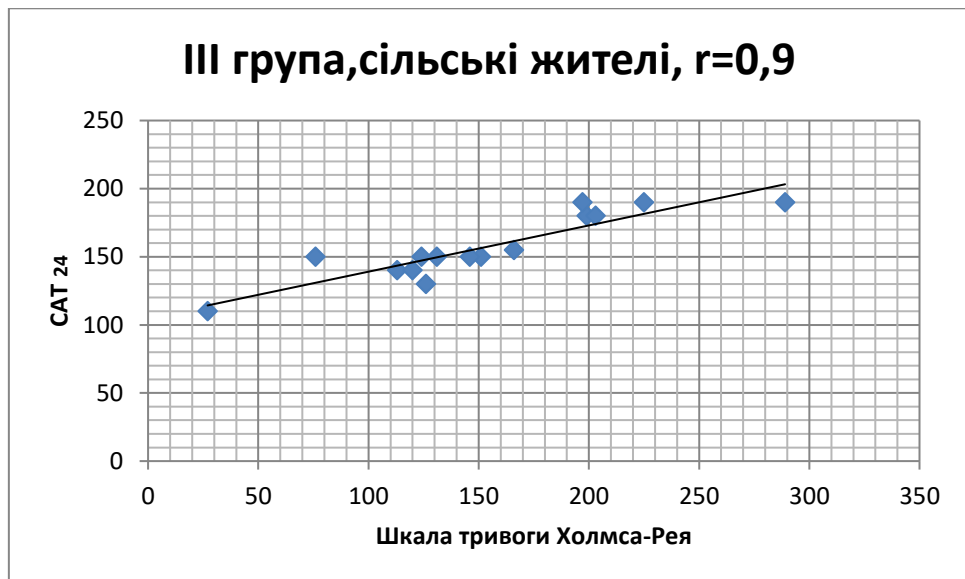


Рис. 4.6.

*Залежність CAT_{24} від рівня накопиченого стресу у пацієнтів
III групи сільської місцевості*

При аналізі інших показників, статистично значимих кореляційних зв'язків зі шкалою Холмса-Рея не спостерігали.

Встановлено, що у пацієнтів з клінічно вираженою тривогою, клінічно вираженою депресією або в поєднанні цих двох показників, статистично

значимими були підвищення рівня індексу атерогенності та рівня тригліцеридів. (рис. 4.7-4.9).

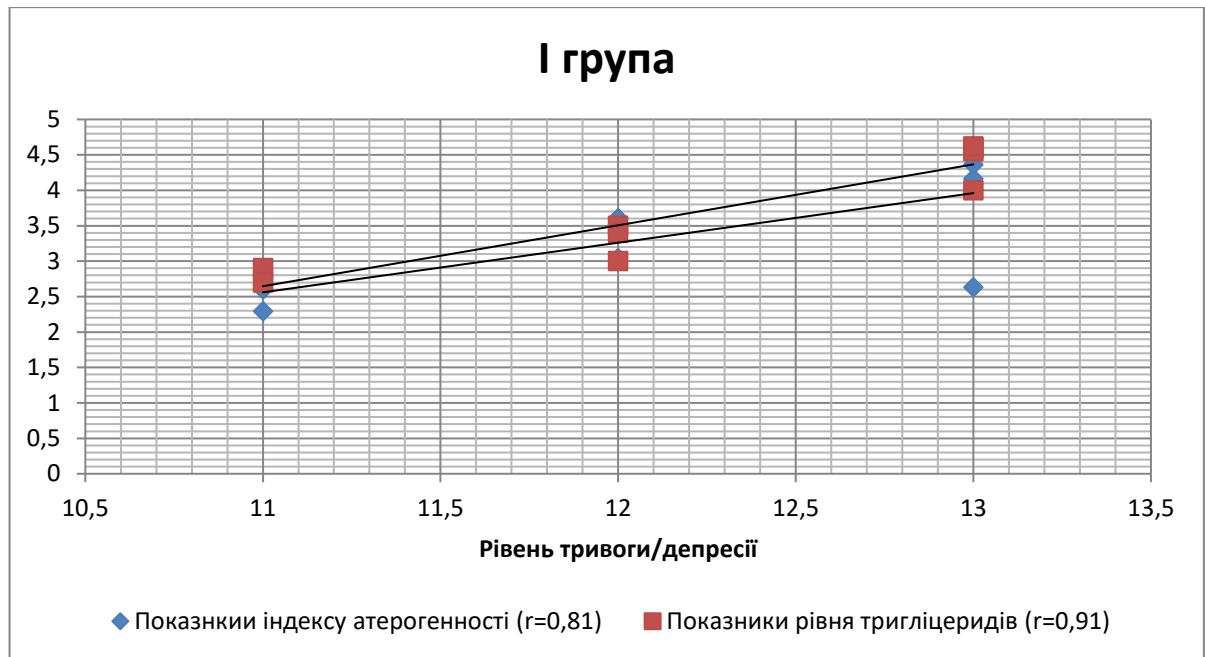


Рис. 4.7.

Показники рівня ІА і ТГ у пацієнтів I групи

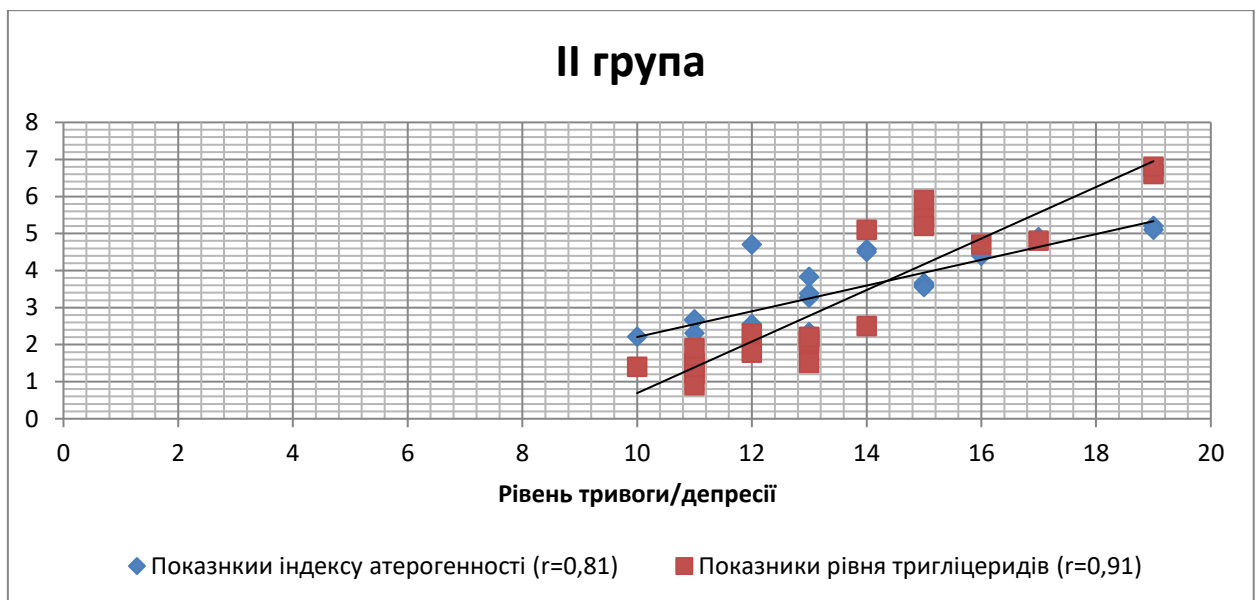


Рис. 4.8.

Показники рівня ІА і ТГ у пацієнтів II групи

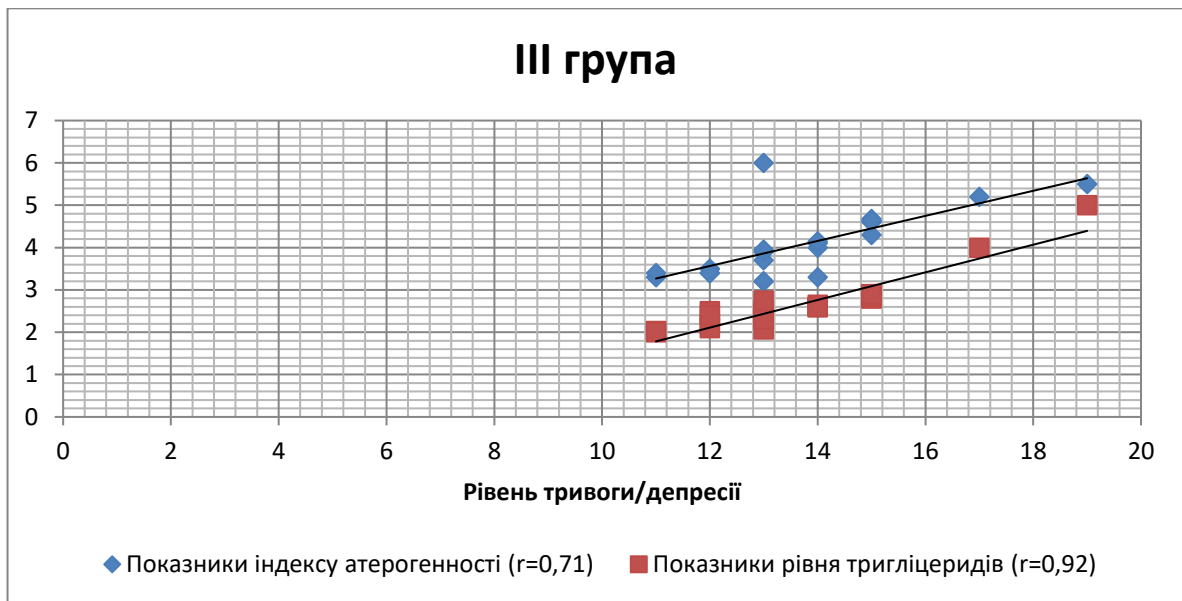


Рис. 4.9.

Показники рівня ІА і ТГ у пацієнтів III групи

Таким чином, рисунки 4.7-4.9 чітко ілюструють міцний кореляційний зв'язок між психоемоційним стресом та рівнем тригліцеридів, та дещо нижчу залежність між тривожно-депресивними розладами і індексом атерогенності.

Результатом проведеного аналізу впливу психосоматичного стану пацієнтів на перебіг ГХ у порівнюваних групах, було виявлено взаємозв'язок показників ліпідного обміну з рівнем психосоціального стресу. Так, у пацієнтів III групи спостерігалася найвища залежність підвищення рівня індексу атерогенності та тригліцеридів від одночасного впливу тривоги і депресії.

РОЗДІЛ 5

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, ПОЄДНАНОЇ З ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ У СІЛЬСЬКИХ І МІСЬКИХ ЖИТЕЛІВ.

5.1. Профілактичні рекомендації для підвищення прихильності до лікування у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби в залежності від територіальної приналежності.

На підставі проведеного аналізу факторів ризику, які так чи інакше впливають на прогресування гіпертонічної хвороби, інформованість та прихильність до лікування, та, як наслідок, впливають на якість життя, нами було запропоновано рекомендації для населення, в залежності від їх територіальної приналежності (додаток 5). Метою рекомендацій було підібрати максимально ефективні ключові позиції, які були б доступні для виконання різними верствами населення, незалежно від віку, статі, місця проживання, наявності супутніх захворювань, а також враховували матеріальний бік проблеми. Тому, окрім стандартизованих рекомендацій, нами було запропоновано та впроваджено для підвищення фізичного компоненту якості життя у вигляді дозованого фізичного навантаження метод «скандинавської ходьби». Методика проста у своєму виконанні, не потребує залучення тренера/вчителя, дешева в своєму забезпеченні, малотравматична, можлива до виконання у будь яку пору року та підходить для пацієнтів різного віку, в тому числі з високою коморбідністю. Окрім зміцнення організму від занять фізкультурою, збільшення рухової активності, доведено, що скандинавська ходьба знижує рівень тригліцеридів та холестерину в крові, а також покращує емоційний стан та нормалізує сон [158]. Об'єм фізичного навантаження рекомендували розпочинати з 30 хвилин на добу та не менше 3 годин на тиждень. Дані норми навантаження були аргументовані дослідженням за участі майже 100000 пацієнтів,

результатом якого було виявлено зниження ризику серцевих захворювань у жінок до 30-40%, а у чоловіків – майже до 50% [159-161].

Всі пацієнти, що були включені у дослідження, отримували дану інформацію починаючи з первинної госпіталізації до стаціонару. На базі «Полтавського обласного клінічного медичного кардіоваскулярного центру ПОР», з 2021 року функціонує створений кафедрою внутрішньої медицини №2 ПДМУ Полтавський обласний кардіологічний навчальний науково-практичний центр з профілактики та реабілітації «Разом до здорового серця», в якому щотижнево проводяться тренінги для пацієнтів з питань впливу на фактори ризику та профілактики прогресуванню гіпертонічної хвороби. Після стаціонарного лікування, всі хворі отримують підготовлений та виданий кафедрою внутрішньої медицини №2 ПДМУ посібник «Формування артеріальної гіпертензії, ризику і ускладнення, можливості нормалізації артеріального тиску: корисні поради» по змісту даного тренінгу.

Повторно хворі були обстежені через 1 рік після первинної госпіталізації. Загалом визначали дані лабораторних методів обстеження (ЗАК, біохімічний аналіз крові), моніторинг артеріального тиску, визначали індекс маси тіла та індекс атерогенності, проводили ЕХО-КС з метою визначення товщини задньої стінки лівого шлуночка, та проводили повторне анкетування для визначення рівня тривоги, депресії, прихильності до лікування та рівня якості життя.

5.2. Динаміка змін модифікованих факторів ризику у пацієнтів, які засвоїли навчальні програми з профілактики та лікування гіпертонічної хвороби, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності.

Загалом із 152 пацієнтів, які були включені у дослідження, через 1 рік після виписки повторно з'явилося 110 (72,4%). З них дотримувалися рекомендацій – 78 пацієнтів (70,9%), не дотримувалося рекомендацій або виконували їх не регулярно – 32 хворих (29,1%). Всім пацієнтам анкетування проводили аналогічно як і при первинній госпіталізації за допомогою офіційної версії «Короткого опитувальника оцінки статусу здоров'я» MOS SF-36, та фіксували результат у статистичну карту.

Із 45 пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, через рік після виписки зі стаціонару та отримання рекомендацій, повторно анкетування пройшло 30 пацієнтів (66,7%). Серед них жителів міста було 19 (63,3%), сільських жителів – 11 (36,7%). Із числа міських жителів дотримувалися рекомендацій 73,7% (n=14) пацієнтів, тоді як із числа сільських жителів, у відсотковому відношенні кількість «відповідальних» пацієнтів було дещо менше – 63,6% (n=7). (табл. 5.1)

Таблиця 5.1

Аналіз якості життя пацієнтів I групи через рік після виписки зі стаціонару та отриманих рекомендацій.

	Виконували рекомендації		Не виконували рекомендації		Разом	
	Міські жителі n=14	Сільські жителі n=7	Міські жителі n=5	Сільські жителі n=4	Міські жителі n=19	Сільські жителі n=11
PF	88,2±0,73	81,9±2,6	83,6±0,93	72,3±0,75	87,0±0,75	78,4±2,2
RP	83* (77-90)	75* (70-81)	70,0* (69-70)	68,5* (67,5-69,0)	79,1±1,9	75,4±2,3

BP	81,5* (79-87)	77* (75-79)	72,6±1,5	69,8±0,5	80,2±1,5	73,7±1,2
GH	88* (84-91)	89* (89-93)	79,4±1,7	86,8±1,7	85,4±1,1	89,2±1,5
PH*	62,5* (59-67)	56* (51,59)	57,0±1,6	48,0±1,1	61,3±1,0	52,6±1,5
VT	84,5* (79-90)	89* (88-92)	71 (70-73)	83,5 (75,5-85,0)	80,9±1,8	86,8±1,8
SF	90,7±0,7	87,3±1,1	80,6±0,9	78,8±1,3	87,5±1,2	84,2±1,5
RE	77,2±1,5	85,6±1,5	71,2±1,1	74,3±2,3	75,6±1,3	81,5±2,1
MH	71* (69-75)	77* (70-80)	60* (60-61)	63,5* (62-67)	68,6±1,5	73,6±2,7
MH*	55,1±1,6	56,7±0,8	47,4±1,6	49,0±2,1	53,0±1,5	53,9±1,4

PH* - фізичний компонент здоров'я;

MH* - психічний компонент здоров'я.

* – дані представлено за критерієм Манна-Уїтні.

Аналізуючи середні показники якості життя сільських та міських жителів першої групи на початку лікування та через рік, слід констатувати помірне покращення по кожному з складовому як фізичного так і психічного компонентів здоров'я ($p < 0,05$). Проте звертає на себе увагу різниця показників у пацієнтів, які дотримувалися рекомендацій, на відміну від пацієнтів які зовсім або регулярно не виконували надані їм рекомендації.

Спостерігали клінічно значиме підвищення рівня рольового функціонування (RP), що обумовлене фізичним станом у жителів міста, які сумлінно виконували надані рекомендації на 18,6% ($p = 0,058$). Аналогічна картина виявлялася у показнику життєвої активності (VT) – в пацієнтів що дотримувалися рекомендацій, він складав 84,5 (79-90) тоді як у невиконуючих рекомендації – 71,0 (70-73) ($p = 0,001$). Стосовно показника

соціального функціонування (SF), тут також у жителів міста виявлялася клінічно значима різниця – $90,7 \pm 0,7$ (ДІ 95% 89,2-92,2) проти $80,6 \pm 0,9$ (ДІ 95% 84,7-89,9) ($p < 0,001$). Щодо рольового функціонування обумовленого емоційним станом (RE), тут клінічно значима різниця спостерігалася у жителів сільської місцевості, які дотримувалися наданих їм рекомендацій: $85,6 \pm 1,5$ (ДІ 95% 81,9-89,2), тоді як у людей які нехтували рекомендаціями, цей показник був на рівні $74,3 \pm 2,3$ (ДІ 95% 66,9-81,6) ($p = 0,002$). Показник психічного здоров'я (MH) був клінічно значимо кращий у всіх пацієнтів які виконували рекомендації, незалежно від місця проживання. Так у сільських жителів різниця була вищою на 21,3% ($p = 0,001$), а у жителів міста на 18,3% ($p = 0,073$) відповідно. Таким чином, дотримання пацієнтами наданих їм рекомендацій, позитивно впливало як на фізичний так і на психічний компоненти здоров'я, незалежно від територіальної приналежності.

Порівнюючи якість життя міських пацієнтів I групи при первинній госпіталізації та після виконання рекомендацій, клінічно значиму різницю фізичного компоненту здоров'я спостерігали у показниках RP і PH*. Констатували приріст за даними показниками у 10,7% ($p = 0,045$) та 17,7% ($p < 0,001$). У психічному компоненті здоров'я міських жителів спостерігали приріст показників VT на 16,4% ($p < 0,05$) та MH* на 14,3% ($p < 0,05$). У сільських жителів I групи, клінічно значимий приріст спостерігали лише у показнику життєвої активності (VT) на 10,7% ($p = 0,02$).

У II групі, де перебіг ГХ був ускладнений ІХС, кількість пацієнтів, що повторно пройшли опитування визначалося на рівні 53 (77,9%). З них міських жителів було 28 (52,8%), сільських – 25 (48,2%). Кількість пацієнтів, які слідували рекомендаціям міських і сільських жителів фактично не відрізнявся – 21 (75,0%) міський житель, та 19 (76,0%) сільських жителів (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

**Аналіз якості життя пацієнтів II групи через рік після виписки зі
стаціонару та отриманих рекомендацій.**

	Виконували рекомендації		Не виконували рекомендації		Разом	
	Міські жителі n=21	Сільські жителі n=19	Міські жителі n=7	Сільські жителі n=6	Міські жителі n=28	Сільські жителі n=25
PF	66,9±1,3	69,6±0,8	57,0±3,1	63,7±1,9	64,4±1,5	68,2±0,9
RP	58** (55-63)	64** (62-70)	49** (47-50)	60,5** (59-61)	58** (50-60)	63** (61-69)
BP	67,5±1,2	61,5±1,5	60,6±2,8	53,5±2,3	65,8±1,2	59,6±1,4
GH	58,5±1,3	60,6±0,9	51,6±2,8	52,3±1,3	56,9±1,3	58,6±1,0
PH*	46,1±0,8	48,2±1,3	43,9±1,8	42,5±1,6	45,6±0,8	46,8±1,1
VT	54,2±1,8	62,3±0,9	47,7±2,7	53,7±2,6	52,6±1,6	60,2±1,1
SF	49,5±1,3	53,2±1,4	45,7±3,1	46,3±2,4	48,6±1,2	51,6±1,3
RE	53,8±1,0	57,9±1,4	49,9±1,5	53,3±1,9	52,6±0,9	56,8±1,2
MH	52,2±1,0	56,4±1,0	47,4±1,9	48,7±1,8	51,0±0,9	54,5±1,1
MH*	40,6±0,7	41,5±0,8	37,3±1,6	36,0±1,2	33,8±0,7	40,2±0,8

PH* - фізичний компонент здоров'я;

MH* - психічний компонент здоров'я.

** – дані представлено за критерієм Манна-Уїтні.

Стосовно міських пацієнтів II групи, які виконували надані рекомендації, визначалася достовірна ($p < 0,05$) клінічно значима різниця за всіма показниками фізичного і психічного компонентів здоров'я, за виключенням показника SF (8,3%) та RE (7,8%). У сільських жителів визначалася аналогічна картина окрім показників PF (9,2%), RP (5,8%) та RE (8,6%) ($p < 0,05$). При співставленні результатів анкетування у пацієнтів з

коморбідним перебігом ГХ до рекомендацій, та через рік після того як вони їх отримали, аналогічно першій групі, спостерігається помірне покращення показників як фізичного так і психічного компонентів здоров'я ($p < 0,05$). Однак клінічно значимий приріст спостерігали лише у єдиному показнику фізичного компоненту здоров'я – RP, який склав 13,7% ($p < 0,001$). У той же час даний показник у сільських жителів суттєво не змінився: 64 (59-68) – до лікування та 63 (61-69) – через 1 рік.

У пацієнтів, в яких перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ІХС та ЦД 2 типу, повторно анкетування пройшли 27 осіб (69,2%). З них 17 (62,9%) проживали в місті, 10 (37,1%) – в сільській місцевості. Дотримувалися рекомендацій 10 (58,8%) осіб, що проживали в місті, та 7 (70,0%) осіб жителів села. (табл. 5.3)

Таблиця 5.3

Аналіз якості життя пацієнтів III групи через рік після виписки зі стаціонару та отриманих рекомендацій.

	Виконували рекомендації		Не виконували рекомендації		Разом	
	Міські жителі n=10	Сільські жителі n=7	Міські жителі n=7	Сільські жителі n=3	Міські жителі n=17	Сільські жителі n=10
PF	59,7±1,2	51,4±0,9	53,7±1,3	47,0±1,5	57,2±1,1	50,1±3,2
RP	42,5±2,3	35,9±1,5	39,0±1,0	37,6±2,2	41,1±1,4	36,1±1,2
BP	49,5±2,1	45,4±2,2	41,7±1,8	37,0±3,5	46,3±1,7	42,9±2,2
GH	53,5** (46-60)	44** (35-50)	43** (40-56)	43** (36-45)	47** (44-57)	43,5** (36-50)
PH*	43,7±1,7	36,0±2,2	38,4±1,8	35,3±2,9	41,5±1,4	35,8±1,7
VT	52,2±1,4	43,9±1,6	48,3±1,6	38,7±1,5	50,6±1,1	42,3±1,4
SF	38,4±1,5	36,4±1,4	35,9±1,3	32,0±1,5	37,4±1,0	35,1±1,2
RE	52,4±2,4	47,6±2,4	48,1±0,8	42,0±1,5	50,7±1,5	45,9±1,9

МН	49,3±2,3	42,3±2,3	45,9±1,7	39,3±2,4	47,9±1,6	41,4±1,8
МН*	44,0±1,8	38,7±2,4	37,6±1,7	34,3±1,8	39,0±1,3	37,4±1,8

РН* - фізичний компонент здоров'я;

МН* - психічний компонент здоров'я.

** – дані представлено за критерієм Манна-Уїтні.

Як і у попередніх групах, через 1 рік після виписки зі стаціонару та отримання відповідних рекомендацій, спостерігали зростання показників як фізичного так і психічного компонентів якості життя ($p < 0,05$) у пацієнтів III групи. Однак слід відмітити зниження кількості показників з клінічно значимою різницею між пацієнтами які виконували та не виконували рекомендації. Так, серед міських жителів, клінічно значима різниця у показниках фізичного компоненту якості життя визначалася у PF (11,8%, $p < 0,05$), BP (18,7%, $p < 0,05$), GH (24,4%, $p < 0,05$) та РН* (13,8%, $p < 0,05$). У той же час, у психічному компоненті здоров'я, різницю спостерігали лише у МН* (17,0%, $p < 0,001$). У сільських жителів III групи, клінічно виражена різниця була більш характерною для психічного компоненту здоров'я: VT – 13,4% ($p < 0,05$), SF – 13,8% ($p < 0,05$), RE – 13,3% ($p < 0,001$), МН* – 12,9% ($p < 0,05$). Фізичний компонент здоров'я клінічно різнився лише за показником BP – 22,7% ($p < 0,001$). Порівнюючи якість життя до і після виконання рекомендацій, звертає на себе увагу відсутність клінічно значимої різниці у показниках фізичного і психічного компонентів якості життя пацієнтів, що проживали в місті. У той же час, на відміну від попередніх груп, нами відзначено приріст фізичного функціонування (PF) у пацієнтів сільської місцевості з $44,8 \pm 1,8$ (95% ДІ 41,0-48,6) до $51,4 \pm 0,9$ (95% ДІ 47,8-53,4) ($p < 0,001$); приріст показника інтенсивності болю (BP) на 10,4% ($p = 0,002$); показника загального стану здоров'я (GH) на 15,8% ($p < 0,001$); показника життєвої активності (VT) на 27,6% ($p < 0,001$); показника рольового

функціонування, обумовленого емоційним станом (RE) – з $37,9 \pm 1,7$ (95% ДІ 34,3-41,6) балів до $47,6 \pm 1,9$ (95% ДІ 41,6-50,2) ($p < 0,001$).

Таким чином, виконання запропонованих рекомендацій, достовірно підвищувало якість життя пацієнтів, незалежно від територіальної приналежності та варіанту ГХ. Запропонована нами «скандинавська ходьба», клінічно значимо підвищує фізичний компонент здоров'я у пацієнтів з ізольованим та коморбідним з ІХС перебігом гіпертонічної хвороби. У той же час, у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ з ІХС та ЦД 2 типу, «скандинавська ходьба» клінічно покращує психічний стан пацієнтів, що проживають у сільській місцевості.

Таблиця 5.4

Аналіз прихильності до лікування пацієнтів порівнюваних груп в динаміці лікування.

	Висока прихильність		Середня прихильність		Низька прихильність	
	І група					
	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі
	абс, %	абс, %	абс, %	абс, %	абс, %	абс, %
Первинне анкетування	4 15,4	2 10,5	6 23,1	6 31,6	16 61,5	11 57,9
Повторне анкетування	6 31,6	4 36,4	6 31,6	5 45,4	7 36,8	2 18,2
	II група					
Первинне анкетування	6 17,6	4 11,8	9 26,5	9 26,5	19 55,9	21 61,7
Повторне анкетування	6 21,4	8 32,0	14 50,0	11 44,0	8 28,6	6 24,0

	III група					
Первинне анкетування	2 8,3	1 6,7	4 16,7	4 26,7	18 75,0	10 66,6
Повторне анкетування	4 23,5	2 20,0	5 29,4	4 40,0	8 47,1	4 40,0
	Загалом					
Первинне анкетування	12 14,3	7 10,3	19 22,4	19 27,9	53 63,1	42 61,8
Повторне анкетування	16 25,0	14 30,4	25 39,1	20 43,5	23 35,9	12 26,1

Аналізуючи рівень прихильності до лікування у досліджуваних групах, спостерігали збільшення відсотка кількості пацієнтів з високою та середньою прихильністю незалежно від рівня коморбідності. Так, кількість пацієнтів з високою прихильністю, що проживають місті зросла з 14,3% до 25,0%, в селі з 10,3% до 30,4%. З середньою прихильністю кількість міських жителів зросла з 22,4% до 39,1%, сільських – з 27,9% до 43,5%. Відповідно число пацієнтів з низькою прихильністю зменшилося і в міській і сільській місцевостях, і складало відповідно 35,9% і 26,1%. (табл. 5.4)

Стосовно коригованих факторів ризику, які переважно відігравали роль у прогресуванні ГХ, було виявлено зменшення кількості хворих, у яких констатували зниження фізичної активності на початку дослідження. Так у жителів міста I групи приріст фізичної активності спостерігали майже на 10% (46,2% – на початку дослідження проти 36,8% через 1 рік), у сільських жителів різниця склала 10,6% (42,1% проти 31,5%). Стосовно пацієнтів II групи – відмічали кращий результат проведеної роботи: міські жителі – 76,5% до лікування та 46,4% - після, сільські жителі – 55,9% до, та 44,0% через рік. У міських пацієнтів III групи після проведеного анкетування до лікування та через 1 рік, позитивна різниця за даним показником склала 32,1%, у сільських жителів дещо менша – 26,7%.

Як наслідок, підвищення фізичної активності, констатували зменшення відсотка хворих з ожирінням та надлишковою масою тіла, проте різниця була не суттєвою. (табл. 5.5)

Щодо характеру харчування та відмови від шкідливих звичок, слід відмітити відмову від паління у значного відсотка пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ та ІХС (з 17,6% до 8,0%), «харчова поведінка» пацієнтів суттєво не змінилася.

Таблиця 5.5

**Аналіз коригованих факторів ризику порівнюваних груп
в динаміці лікування.**

Фактори ризику	І група		ІІ група		ІІІ група	
	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі	Міські жителі	Сільські жителі
	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %
Надмірне вживання алкоголю	15 57,7	8 42,1	4 11,8	14 41,1	10 41,7	4 26,7
Надмірне вживання алкоголю*	10 52,6	5 45,5	3 10,7	9 36,0	6 35,3	3 30,0
Паління	5 19,2	0 -	2 5,9	6 17,6	2 8,3	1 6,7
Паління*	4 21,1	0 -	2 7,1	2 8,0	1 5,9	1 10,0
Надлишкова маса	8 30,8	3 15,8	15 44,1	10 29,4	7 29,2	6 40,0
Надлишкова маса*	5 26,3	1 9,1	11 39,2	7 28,0	4 23,5	3 30,0
Ожиріння	12 41,2	15 78,9	15 44,1	19 55,9	15 62,5	9 60,0
Ожиріння*	7 36,8	8 72,2	11 39,2	12 48,0	9 52,9	5 50,0

Зниження фізичної активності	12 46,2	8 42,1	26 76,5	19 55,9	19 79,2	13 86,7
Зниження фізичної активності*	7 36,8	6 31,5	13 46,4	11 44,0	8 47,1	6 60,0
Аліментарні чинники	23 88,5	19 100	18 52,9	29 85,3	14 58,3	9 60,0
Аліментарні чинники*	14 73,7	10 90,1	13 46,4	18 72,0	9 52,9	5 50,0

* - пацієнти які тестувалися повторно;

Індекс маси тіла у хворих досліджуваних груп, через рік після первинного обстеження в середньому не змінився. Звертає увагу лише зниження середнього значення ІМТ у міських жителів, які не дотримувалися рекомендацій з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби на 3,6 одиниць ($p < 0,001$), та підвищення його у пацієнтів з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця у сільських жителів, що не дотримувалися рекомендацій на 1,7 одиниць ($p < 0,001$) (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Середні показники індексу маси тіла у пацієнтів порівнюваних груп при первинному обстеженні та через 1 рік.

	Первинна госпіталізація	Пацієнти, що дотримувалися рекомендацій	Пацієнти, що не дотримувалися рекомендацій
I група міські жителі	31,2±1,3	31,8±1,7 $p < 0,001$	27,6±1,9 $p < 0,001$
I група сільські жителі	33,2±1,2	32,7±2,0 $p < 0,001$	33,2±1,3 $p < 0,001$
II група міські жителі	30,9±1,0	30,8±1,1 $p < 0,001$	30,1±2,6 $p < 0,001$
II група	31,8±1,1	30,7±1,2	33,5±1,1

сільські жителі		$p < 0,001$	$p < 0,001$
III група міські жителі	$30,8 \pm 0,7$	$29,7 \pm 0,9$ $p < 0,001$	$31,3 \pm 1,3$ $p < 0,001$
III група сільські жителі	$32,5 \pm 1,3$	$32,0 \pm 1,9$ $p < 0,001$	$30,5 \pm 1,3$ $p < 0,001$

Визначаючи індекс атерогенності через рік після первинної госпіталізації нами отримано наступні результати (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Середні показники індексу атерогенності у пацієнтів порівнюваних груп при первинному обстеженні та через 1 рік.

	Первинна госпіталізація	Пацієнти, що дотримувалися рекомендацій	Пацієнти, що не дотримувалися рекомендацій
I група міські жителі	$3,6 \pm 0,2$	$3,1 \pm 0,2$ $p < 0,001$	$3,2 \pm 0,2$ $p < 0,001$
I група сільські жителі	$3,5 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,2$ $p < 0,001$	$3,9 \pm 0,3$ $p < 0,001$
II група міські жителі	$3,5 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,2$ $p < 0,001$	$4,2 \pm 0,4$ $p < 0,001$
II група сільські жителі	$3,2 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,2$ $p < 0,001$	$2,7 \pm 0,4$ $p < 0,001$
III група міські жителі	$3,8 \pm 0,3$	$3,1 \pm 0,4$ $p < 0,001$	$4,2 \pm 0,2$ $p < 0,001$
III група сільські жителі	$3,7 \pm 0,4$	$3,7 \pm 0,5$ $p < 0,001$	$2,4 \pm 0,4$ $p < 0,001$

Так, у міських жителів, з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, які дотримувалися рекомендацій, рівень ІА в середньому знизився на 0,5 одиниць ($p < 0,001$), тоді як у невиконуючих рекомендацій пацієнтів на 0,4

одиниці ($p < 0,001$). У пацієнтів сільської місцевості даної групи, пацієнтам які дотримувалися рекомендацій вдалося знизити середній рівень індексу атерогенності на 1,1 одиницю, тоді як у пацієнтів що не виконували рекомендації цей показник в середньому зріс на 0,4 одиниці ($p < 0,001$). Подібну розбіжність спостерігали і у міських жителів II групи: у виконуючих рекомендації – зниження ІА на 0,7 одиниць, у невиконуючих – підвищення на 0,7 ($p < 0,001$) та у міських жителів III групи: зниження ІА на 0,7 у виконуючих рекомендації та підвищення на 0,4 ($p < 0,001$) – у невиконуючих. Однак, звертає на себе окрему увагу суттєве зниження індексу атерогенності у пацієнтів третьої групи з сільської місцевості які не дотримувалися рекомендацій з 3,7 до 2,4 одиниць ($p < 0,001$).

Рівень холестерину та тригліцеридів знижувався у пацієнтів які дотримувалися запропонованих рекомендацій (табл. 5.8 і 5.9).

Таблиця 5.8

Середні показники холестерину у пацієнтів порівнюваних груп при первинному обстеженні та через 1 рік.

	Первинна госпіталізація	Пацієнти, що дотримувалися рекомендацій	Пацієнти, що не дотримувалися рекомендацій
I група міські жителі	5,8±0,3	4,5±0,3 $p < 0,001$	5,1±0,4 $p < 0,001$
I група сільські жителі	5,8±0,3	3,0±0,4 $p < 0,001$	6,8±0,4 $p < 0,001$
II група міські жителі	6,0±0,2	4,9±0,3 $p < 0,001$	6,4±0,4 $p < 0,001$
II група сільські жителі	5,4±0,2	3,9±0,3 $p < 0,001$	5,1±0,5 $p < 0,001$
III група міські жителі	5,6±0,3	4,9±0,5 $p < 0,001$	5,9±0,3 $p < 0,001$
III група сільські жителі	5,3±0,4	5,4±0,3 $p < 0,001$	4,3±0,2 $p < 0,001$

Дану невідповідність спостерігали лише у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ з ІХС та ЦД 2 типу: так рівень холестерину залишився майже незмінним у сільських жителів ($5,28 \pm 0,35$ – до і $5,35 \pm 0,30$ – після ($p < 0,001$)); та достовірне підвищення середнього рівня тригліцеридів як у жителів міста, так і села: з $2,08 \pm 0,25$ до $2,23 \pm 0,43$ та $1,94 \pm 0,24$ до $2,03 \pm 0,21$ відповідно ($p < 0,001$). Стосовно рівня холестерину у пацієнтів, що не виконували запропоновані рекомендації, частіше констатували підвищення останнього у порівнянні з його рівнем під час першої госпіталізації. Однак, у пацієнтів I групи з міської місцевості та III групи з сільської місцевості, середній рівень цього показника, навпаки, знизився (з 5,8 до 5,1 та з 5,3 до 4,3 відповідно, $p < 0,001$). Відносно середнього рівня тригліцеридів, підвищення рівня визначали у всіх пацієнтів окрім вищезгаданих міських жителів I групи та сільських жителів III групи. Однак у пацієнтів з міста з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби цей показник статистично був не достовірним ($p > 0,05$).

Таблиця 5.9

Середні показники тригліцеридів у пацієнтів порівнюваних груп при первинному обстеженні та через 1 рік.

	Первинна госпіталізація	Пацієнти, що дотримувалися рекомендацій	Пацієнти, що не дотримувалися рекомендацій
I група міські жителі	$1,61 \pm 0,21$	$1,44 \pm 0,21$ $p > 0,05$	$1,28 \pm 0,11$ $p > 0,05$
I група сільські жителі	$1,79 \pm 0,28$	$0,96 \pm 0,04$ $p > 0,05$	$2,80 \pm 0,72$ $p < 0,05$
II група міські жителі	$1,7 \pm 0,14$	$1,51 \pm 0,63$ $p > 0,1$	$2,01 \pm 0,24$ $p < 0,05$
II група сільські жителі	$1,37 \pm 0,11$	$1,20 \pm 0,11$ $p > 0,1$	$1,68 \pm 0,24$ $p < 0,05$
III група міські жителі	$2,08 \pm 0,25$	$2,23 \pm 0,43$ $p < 0,001$	$2,30 \pm 0,25$ $p < 0,001$
III група сільські жителі	$1,94 \pm 0,24$	$2,03 \pm 0,21$ $p < 0,05$	$1,76 \pm 0,50$ $p < 0,05$

Стосовно тривоги і депресії у пацієнтів з ізольованим та коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби, слід виділити позитивний вплив наданих рекомендацій на рівень даних показників. Так, середній рівень тривоги у пацієнтів міської та сільської місцевостей 1 групи, що виконували запропоновані рекомендації, знизився на 2,84 та 2,08 бали відповідно ($p < 0,001$). У той же час, зниження рівня аналогічного показника у пацієнтів II групи становив 1,62 бали у міських і 1,92 у сільських жителів відповідно ($p < 0,001$), тоді як у пацієнтів III групи 2,02 і 1,24 бали у пацієнтів жителів міста і села відповідно ($p < 0,001$). У пацієнтів, які не виконували надані їм рекомендації, середній показник тривоги майже не відрізнявся від показника до проведеного первинного лікування. Звертає увагу суттєве збільшення рівня тривоги у пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ з ІХС на 3,39 балів (з 8,44 на 11,83) ($p < 0,001$) (табл. 5.10).

Таблиця 5.10

Середні показники рівня тривоги у пацієнтів порівнюваних груп при первинному обстеженні та через 1 рік.

	Первинна госпіталізація	Пацієнти, що дотримувалися рекомендацій	Пацієнти, що не дотримувалися рекомендацій
I група міські жителі	6,84±0,58	4,0±0,7 $p < 0,001$	6,20±0,97 $p < 0,001$
I група сільські жителі	6,79±0,64	4,71±0,81 $p < 0,001$	6,25±0,85 $p < 0,001$
II група міські жителі	8,38±0,65	6,76±0,53 $p < 0,001$	8,28±1,25 $p < 0,001$
II група сільські жителі	8,44±0,72	6,52±0,50 $p < 0,001$	11,83±1,40 $p < 0,001$
III група міські жителі	9,92±0,79	7,50±0,72 $p < 0,001$	9,71±0,71 $p < 0,001$
III група сільські жителі	9,80±1,28	8,57±1,74 $p < 0,001$	9,67±0,67 $p < 0,001$

Стосовно середнього показника рівня депресії, слід зазначити позитивну динаміку абсолютно у всіх групах пацієнтів, що дотримувалися рекомендацій. Відмічали зниження даного показника в діапазоні від 0,41 до 2,0 балів ($p < 0,001$) (табл. 5.11). Разом з тим, діаметрально протилежна ситуація визначалася у тих, хто не дотримувався рекомендацій незалежно від їх коморбідності та територіальної приналежності, окрім пацієнтів з міста III групи – тут констатували зниження даного середнього показника з 8,58 до 8,0 балів ($p < 0,001$).

Таблиця 5.11

Середні показники рівня депресії у пацієнтів порівнюваних груп при первинному обстеженні та через 1 рік.

	Первинна госпіталізація	Пацієнти, що дотримувалися рекомендацій	Пацієнти, що не дотримувалися рекомендацій
I група міські жителі	6,0±0,61	4,0±0,57 $p < 0,001$	6,2±1,99 $p < 0,001$
I група сільські жителі	4,42±0,61	3,42±0,84 $p < 0,001$	5,0±0,41 $p < 0,001$
II група міські жителі	6,29±,063	5,29±0,48 $p < 0,001$	7,51±0,78 $p < 0,001$
II група сільські жителі	6,41±0,67	4,74±0,56 $p < 0,001$	8,83±0,95 $p < 0,001$
III група міські жителі	8,58±0,90	7,1±0,85 $p < 0,001$	8,0±1,17 $p < 0,001$
III група сільські жителі	8,27±1,10	7,86±1,37 $p < 0,001$	10,0±2,08 $p < 0,001$

Аналізуючи показники АТ у пацієнтів порівнюваних груп через 1 рік після первинної госпіталізації прослідковували достовірне зниження

($p < 0,001$) середніх показників систолічного та діастолічного тисків у всіх пацієнтів незалежно від їх територіальної приналежності (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Середні показники рівня артеріального тиску у пацієнтів порівнюваних груп при первинному обстеженні та через 1 рік (M+m)

	І група		ІІ група		ІІІ група	
Міські жителі	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ
Первинна госпіталізація	163,2±2,2	99,6±2,8	152,8±3,9	93,5±2,4	150,0±4,1	88,9±2,1
Min; max	110 240	80 140	120 220	70 140	120 200	70 100
Госпіталізація через 1 рік	146,3±4,0	89,2±2,3	141,3±2,4	87,3±1,7	144,1±3,0	84,4±2,1
Min; max	120 180	75 110	120 175	75 110	125 170	70 95
Виконували рекомендації	141,4±4,1	85,7±2,8	138,6±2,9	85,5±2,1	141,5±4,3	82,5±3,2
Min; max	120 170	75 110	120 175	75 110	125 170	70 95
Не виконували рекомендації	160±7,6	94,0±3,7	149,3±3,2	92,9±2,1	147,9±3,9	87,1±2,4
Min; max	140 180	80 100	140 160	85 100	135 165	80 95
Сільські жителі	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ
Первинна госпіталізація	160,8±6,9	98,4±3,6	152,7±3,1	92,1±2,1	157,0±7,0	89,0±3,3
Min; max	120 240	70 140	110 190	70 120	115 200	70 115
Госпіталізація через 1 рік	149,5±3,7	94,1±1,5	142,8±2,7	86,2±1,3	150,0±4,5	83,5±1,8
Min; max	135 175	85 100	110 170	75 100	130 170	75 95
Виконували рекомендації	145,0±3,3	92,9±2,1	140,3±3,3	85,5±1,5	148,6±5,4	82,1±1,8
Min; max	135 160	85 100	110 170	75 100	130 170	75 90
Не виконували рекомендації	157,5±7,2	96,3±1,3	150,8±3,0	88,3±2,5	153,3±9,3	86,7±4,4
Min; max	140 175	95 100	140 160	80 95	135 165	80 95

Варто зазначити, що різниця у середніх показниках була суттєвою між пацієнтами, які дотримувалися отриманих рекомендацій та тих, що їх не дотримувалися. Так, у міських пацієнтів I групи, що дотримувалися рекомендацій, рівень систолічного АТ через 1 рік знизився на 21,8 мм.рт.ст., діастолічного – на 12,1 мм.рт.ст. ($p < 0,001$). У міських пацієнтів II групи, зниження аналогічних показників було на рівні 14,2 мм.рт.ст. і 8,0 мм.рт.ст., а у 3 групі – 8,5 мм.рт.ст. і 6,4 мм.рт.ст. відповідно ($p < 0,001$). У той же час, стосовно сільських жителів, які виконували рекомендації, спостерігали подібну картину: I група – зниження систолічного і діастолічного АТ на 15,8 мм.рт.ст. і 5,5 мм.рт.ст.; II група – 12,4 мм.рт.ст. і 6,6 мм.рт.ст.; III група – 8,4 мм.рт.ст. і 6,9 мм.рт.ст. ($p < 0,001$). Отже, можна зробити висновок, що надані рекомендації ефективно «працюють» незалежно від територіальної приналежності пацієнтів.

У результаті аналізу середнього систолічного та діастолічного тисків у пацієнтів порівнюваних груп, які вдома не виконували отримані рекомендації, суттєвої різниці між початком лікування та через рік не отримано. Констатували зниження середніх показників систолічного АТ у міських жителів на 2,1-3,5 мм.рт.ст., діастолічного – на 0,6-5,6 мм.рт.ст. У сільських же пацієнтів, які не виконували запропоновані рекомендації – зниження аналогічних показників коливалося в межах 1,9-3,7 мм.рт.ст. та 2,1-3,8 мм.рт.ст.

Однак, не дивлячись на те, що у пацієнтів які не виконували рекомендації, не відмічалось підвищення рівня АТ через рік під час повторного обстеження, звертають на себе увагу показники мінімального систолічного АТ. Так, під час повторної госпіталізації, мінімальний рівень систолічного АТ у пацієнтів з міста, що виконували рекомендації складав 120 мм.рт.ст., при цьому у невиконуючих пацієнтів I групи з міста він становив на 20 мм.рт.ст. більше – 140 мм.рт.ст. Ідентичні дані отримано і у пацієнтів другої групи 120 мм.рт.ст. проти 140 мм.рт.ст., а також подібна ситуація була характерна і для хворих III групи – 125 мм.рт.ст. проти 135 мм.рт.ст.

($p < 0,001$). Щодо сільських жителів, то подібна тенденція зберігалася і для них. Так різниця в систолічному тиску у першій групі між виконуючими і невиконуючими рекомендації пацієнтами була в 5 мм.рт.ст., в другій групі – 30 мм.рт.ст., в третій – 5 мм.рт.ст. ($p < 0,001$). Таким чином, можна зробити припущення, що у пацієнтів, які нехтували наданими їм рекомендаціями, підвищений систолічний тиск зберігався протягом тривалішого часу.

Для дослідження даного припущення, всім пацієнтам повторно виконували добовий моніторинг артеріального тиску для оцінки ступеня нічного зниження АТ відносно денного. (табл. 5.13)

Таблиця 5.13

Динаміка рівня добового індексу артеріального тиску у пацієнтів порівнюваних груп через 1 рік

I група				
	Міські жителі		Сільські жителі	
	Виконували n=14	Не виконували n=5	Виконували n=7	Не виконували n=4
dipper (n; %)	8; 57,1	2; 40,0	5; 71,4	2; 50,0
non-dipper (n; %)	6; 42,9	1; 20,0	2; 28,6	1; 25,0
night-peaker (n; %)	0	1; 20,0	0	1; 25,0
over-dipper (n; %)	0	1; 20,0	0	0
II група				
	Міські жителі		Сільські жителі	
	Виконували n=21	Не виконували	Виконували n=19	Не виконували

		n=7		n=6
dipper (n; %)	12; 57,1	1; 14,3	10; 52,6	2; 33,3
non-dipper (n; %)	8; 38,1	3; 42,9	8; 42,1	2; 33,3
night-peaker (n; %)	0	2; 28,5	0	2; 33,3
over-dipper (n; %)	1; 4,8	1; 14,3	1; 5,3	0
III група				
	Міські жителі		Сільські жителі	
	Виконували n=10	Не виконували n=7	Виконували n=7	Не виконували n=5
dipper (n; %)	6; 60,0	3; 42,8	2; 28,6	1; 20,0
non-dipper (n; %)	4; 40,0	2; 28,6	3; 42,8	2; 40,0
night-peaker (n; %)	0	0	0	2; 40,0
over-dipper (n; %)	0	2; 28,6	2; 28,6	0

Аналізуючи результати обстеження після проведеного лікування, відмічали зниження кількості пацієнтів з показником «night-peaker», а серед пацієнтів які дотримувалися наданих рекомендацій, пацієнтів з показником «night-peaker» не виявлено.

Стосовно показника «dipper» (ДІ = 10–20%), відмічали значний приріст останнього у пацієнтів, які дотримувалися рекомендацій. Найвищим даний

показник був у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, які проживали в сільській місцевості (71,4%), а також у пацієнтів III групи, що проживали в місті (60,0%). Хворих, у яких коливання нічного та денного АТ було більше 20% (over-dipper), зменшилося у всіх порівнюваних групах, і разом з тим, чіткої сумарно різниці між сільськими та міськими жителями не спостерігали.

Таким чином, можна вважати, що запропоновані рекомендації позитивно вплинули на тривалість АГ за добу у пацієнтів всіх порівнюваних груп, які їх дотримувалися.

Клінічні прояви ГХ у пацієнтів порівнюваних груп фактично мало змінилися. Однак кількість їх проявів за період часу різнилася (табл. 5.14).

Таблиця 5.14

Клінічні прояви гіпертонічної хвороби через рік у пацієнтів порівнюваних груп

I група				
	Міські жителі		Сільські жителі	
	Виконували n=14	Не виконували n=5	Виконували n=7	Не виконували n=4
Головний біль, М+m	5,8±0,8	7,4±0,9	6,4±0,8	8,6±1,1
Тяжкість в голові, М+m	3,3±0,4	5,7±0,4	4,4±0,6	6,2±1,0
Шум у вухах, М+m	4,0±0,3	5,4±0,6	3,2±0,4	4,3±0,5
Гіпертонічні кризи, n	1	5	2	4

II група				
	Міські жителі		Сільські жителі	
	Виконували n=21	Не виконували n=7	Виконували n=19	Не виконували n=6
Головний біль, M+m	7,6±0,5	8,9±0,6	7,6±0,4	10,3±1,0
Тяжкість в голові, M+m	7,2±0,4	8,1±0,5	6,2±0,3	8,9±0,8
Шум у вухах, M+m	3,0±0,3	4,4±0,4	3,0±0,3	3,9±0,4
Гіпертонічні кризи, n	2	5	4	8
III група				
	Міські жителі		Сільські жителі	
	Виконували n=10	Не виконували n=7	Виконували n=7	Не виконували n=5
Головний біль, M+m	9,6±0,8	11,7±1,0	8,8±1,0	12,4±1,3
Тяжкість в голові, M+m	6,3±0,3	6,9±0,6	6,6±0,7	8,1±0,7
Шум у вухах, M+m	3,3±0,4	4,2±0,5	3,1±0,4	3,2±0,6
Гіпертонічні кризи, n	2	6	2	4

Констатовано значний приріст частоти головного болю та тяжкості в голові у пацієнтів, які не дотримувалися отриманих рекомендацій. Більш

вираженою є різниця даного показника у пацієнтів що проживали у сільській місцевості, при цьому варто відмітити, що середній показник даного симптому прогресивно збільшувався із наростанням коморбідності. Так різниця останнього у групі з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби склала – 2,1 ($p < 0,05$), у групі де перебіг гіпертонічної хвороби був ускладнений ішемічною хворобою серця – 2,4 ($p < 0,05$), а у групі з цукровим діабетом та ішемічною хворобою серця – найбільші 3,0 ($p < 0,05$). Аналогічну картину спостерігали і стосовно симптому тяжкості в голові. Стосовно шуму у вухах, подібної залежності не спостерігали.

На фоні проведеного лікування вдалося знизити загальну кількість гіпертонічних кризів у пацієнтів з кожної із порівнюваних груп. Також варто відмітити частіше виникнення даного ускладнення ГХ у пацієнтів, що не виконували рекомендації, щонайменше у 2 рази.

Таким чином, виконання запропонованих рекомендацій в цілому позитивно впливає на життя пацієнтів, за рахунок зниження частоти клінічних проявів ГХ та підвищення загальної якості життя.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гіпертонічна хвороба – це хвороба, на яку за даними ВООЗ в світі хворіє кожна четверта особа працездатного віку [1]. Проведені міжнародні дослідження прогнозують приріст захворюваності на ГХ як на Європейському континенті, так і Американському континенті, незважаючи на наявні міжнародні рекомендації з лікування даної патології. Очікується, що до 2025 року, кількість людей з гіпертензією зросте на 15-20%, і досягне позначки в півтора мільярда [1,3]. Проведений аналіз захворюваності у світі відносно віку показав, що у віці від 30 до 79 років, кількість жінок і чоловіків, що хворіють на ГХ, складає 32% і 34% відповідно, при цьому у віці старше 60 років – кількість хворіючих значно більше – близько 60%. В Україні станом на 2010 рік, поширеність ГХ у міській популяції становила 29,6%, у сільській популяції – 36,3%. Серед сільського населення простежувалась захворюваність на ГХ у 76 % чоловіків і 65% жінок, які досягли віку 55–65 років. Серед жителів міста відповідно ГХ мають 80% жінок і 72 % чоловіків. Обізнані про наявність у них ГХ 60% чоловіків і 68% жінок сільської популяції та 56% чоловіків і 87% жінок міської популяції [29]. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби (ІХС, ЦД 2 типу). Наявність даних захворювань у пацієнтів погіршує прогноз успішного досягнення цільових рівнів АТ, як наслідок, призводить до підвищення розвитку кардіоваскулярних ускладнень, таких, як гострий інфаркт міокарда, ішемічний інсульт, ниркова недостатність та інші [27]. Не останню роль у прогресуванні гіпертонічної хвороби відіграють фактори ризику та інформованість про дану хворобу серед населення. Принциповим моментом є визначення коригованих факторів ризику проживаючих у сільській та міській місцевостях окремо, так як характер харчування і спосіб життя у даної категорії пацієнтів різняться, що потребує окремого вивчення з метою попередження розвитку ускладнень гіпертонічної хвороби. Незважаючи на багаточисленні міжнародні дослідження, така висока поширеність, прогностична тенденція до зростання,

інвалідизуючі наслідки ГХ, враховуючи осіб працездатного віку, обумовлюють неабияку соціальну проблему та потребують подальшого вивчення.

Тому метою нашої роботи було з'ясувати рейтингове значення факторів ризику та психосоціальних факторів у особливостях клінічного перебігу гіпертонічної хвороби, в умовах коморбідності та визначити найбільш ефективні шляхи терапії і профілактики у сільських та міських жителів.

Для досягнення поставленої мети було проведено двоетапний ретро- і проспективний аналіз лікування 152 хворих із міської та сільської місцевості з ізольованою ГХ та коморбідним її перебігом з ІХС та ЦД 2 типу, які знаходилися на лікуванні в комунальному підприємстві «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» з 2018 по 2022 роки.

Не включалися в дослідження пацієнти з наявністю ВІЛ-інфекції або онкологічних захворювань, з хворобами крові та психічними захворюваннями, з порушеннями ритму та гострим інфарктом міокарду чи ішемічним інсультом в анамнезі, з нестабільною стенокардією, вагітні, а також пацієнти з декомпенсованими хронічними захворюваннями у тому числі з декомпенсованою серцевою недостатністю (ІІв-ІІІ ст. за Стражеском-Василенком), з хворобами опорнорухової системи та при відмові пацієнта від участі у дослідженні.

Розподіл пацієнтів відбувався на ІІІ групи. До першої увійшло 45 пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, серед яких 26 (57,8%) – міські жителі, 19 (42,2%) – сільські жителі. До другої групи – 68 хворих, з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця: 34 (50%) – жителів міста, а також 34 (50%) – сільські жителі. Третю групу склали пацієнти з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця та цукровим діабетом 2 типу: 24 (61,5%) – міських жителів, та 15 (48,5%) – сільських. Середній вік складав $57,87 \pm 0,94$ роки

(діапазон 22-85 років), групи були порівнювані за віком статтю та територіальною приналежністю (табл. 2.1). Стосовно тривалості захворювання, спостерігали помірно більшу тривалість у пацієнтів III групи (Рис. 2.1).

На першому етапі дослідження виявлено основні фактори кардіоваскулярного ризику, що були рейтинговими у жителів міста та сільської місцевості у порівнюваних групах, а також їхню інформованість. Стосовно останньої, то слід відмітити порівняно вищі її показники у пацієнтів що проживали в місті, незалежно від перебігу ГХ (табл. 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3). Беручи до уваги кориговані фактори ризику, то у пацієнтів всіх порівнюваних груп, відмічалися проблеми з нераціональним харчуванням (аліментарні чинники). Однак, окрім цього у пацієнтів з ізольованим перебігом ГХ, проживаючих в місті, суттєво впливало на прогресування гіпертонічної хвороби зниження фізичної активності, у той же час для сільського населення більш характерним було приєднання до аліментарних чинників ожиріння (78,9%). У пацієнтів II групи, також домінуючим фактором ризику було зниження рухової активності як для сільських так і для міських жителів, однак для останніх – він був переважаючим. Стосовно третьої групи, то одночасно із аліментарними чинниками, для міських та сільських жителів відзначено переважання показника «зниження фізичної активності» (табл. 3.2.1).

Аналіз прихильності на початку лікування, яку визначали за допомогою опитувальника Моріски-Грін («8-stem Morisky Medication Adherence Scale» (MMAS-8, 2008р.), засвідчив низький рівень у пацієнтів всіх груп. Так у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, низьку прихильність констатували у 60,2% пацієнтів, у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця – у 58,9%, у пацієнтів з коморбідним перебігом ГХ, ІХС та ЦД 2 типу – 71,7% (табл. 3.1.4, 3.1.5, 3.1.6). Серед причин низької прихильності, які переважно впливали на низьку прихильність, були труднощі у запам'ятовуванні часу прийому

антигіпертензивних препаратів і перебування пацієнтів в дорозі або поза домом у період визначеного схемою прийому лікарських препаратів.

Якість життя визначали самоанкетуванням з подальшим використанням офіційної версії «Короткого опитувальника оцінки статусу здоров'я» MOS SF-36 (2011 р.). За підсумками проведеного аналізу якості життя пацієнтів порівнюваних груп була виявлена залежність якості життя від ступеня коморбідності основного захворювання. Так у пацієнтів І групи (ізолювана гіпертонічна хвороба), помірне зниження рівня якості життя фактично мало впливало на повсякденне життя. У той же час пацієнти, у яких перебіг ГХ поєднувався з ІХС, мали певні труднощі у виконанні своїх повсякденних справ. Так у міських жителів клінічно вираженим було зниження рівня повсякденної діяльності, обумовленого фізичним станом $51(47-58)$ бал, тоді як у пацієнтів сільської місцевості клінічно виражені були больові відчуття ($55,2 \pm 1,6$ бали), які в подальшому впливали на можливість виконання повсякденних справ (табл. 3.3.2). У пацієнтів з ГХ, ІХС та ЦД 2 типу, якість життя була порівняно нижчою, ніж у пацієнтів попередніх порівнюваних груп. Більш виражене зниження якості життя констатували у пацієнтів, що проживали у сільській місцевості, переважно за рахунок психічного компоненту здоров'я. Клінічно виражена різниця між міськими та сільськими жителями визначалася у емоційному стані ($48,6 \pm 1,2$ проти $37,9 \pm 1,7$ бали) ($p < 0,05$), що проявлялося клінічно вираженою зниженою життєвою активністю ($49,8 \pm 1,0$ проти $34,4 \pm 1,6$ бали) ($p < 0,05$). Щодо фізичного компоненту здоров'я, клінічно вираженою була різниця в фізичному функціонуванні ($56,5 \pm 1,1$ – міські жителі, проти $44,8 \pm 1,8$ – сільські) ($p < 0,05$) (табл. 3.3.3).

Аналізуючи рівень артеріального тиску у пацієнтів сільської та міської місцевості порівнюваних груп на початку лікування, констатували його найвищий рівень у пацієнтів з ізолюваним перебігом гіпертонічної хвороби. Скоріше за все це пояснювалося низькою інформованістю пацієнтів на початку захворювання та несвоєчасним зверненням до лікаря за допомогою

(табл.4.1). У той же час, середні показники індексу маси тіла майже не відрізнялися у порівнюваних групах, і коливалися в межах від $30,8 \pm 0,7$ до $33,2 \pm 1,2$ (табл. 4.2). Щодо тривалості захворювання, то очікувано вона була найбільшою у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом (майже на 40% порівняно з пацієнтами I групи). Рівень загального холестерину мало відрізнявся у порівнюваних групах на початку лікування і коливався в межах від $5,28 \pm 0,35$ ммоль/л у пацієнтів III групи до $6,04 \pm 0,24$ ммоль/л у міських жителів II групи. ХЛПВЩ були найнижчими у пацієнтів III групи і складав $1,16 \pm 0,04$ ммоль/л і $1,16 \pm 0,07$ ммоль/л у жителів міста та села відповідно, тоді як рівень тригліцеридів був навпаки найвищим – $2,09 \pm 0,25$ і $1,94 \pm 0,24$ ммоль/л. Разом з тим середній рівень ХЛПНЩ були найвищими у міських жителів I групи – $3,70 \pm 0,20$ ммоль/л, тоді як у сільських жителів II групи даний показник був найнижчим – $3,24 \pm 0,15$ ммоль/л. Середні значення індексу атерогенності були порівняно вищими у пацієнтів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом і складали $3,83 \pm 0,27$ і $3,71 \pm 0,36$ у жителів міста і села відповідно, тоді як у пацієнтів з ізольованим перебігом – $3,62 \pm 0,24$ і $3,55 \pm 0,24$, а у пацієнтів з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби та цукровим діабетом – найнижчі – $3,48 \pm 0,22$ і $3,20 \pm 0,22$. Стосовно аналізу показників ЕХО-КС, то в даному випадку очікувано спостерігали збільшення товщини задньої стінки лівого шлуночка та міжшлуночкової перетинки з наростанням коморбідності.

Стосовно симптомів гіпертонічної хвороби, то найчастіше пацієнти усіх порівнюваних груп констатували у себе головний біль, окрім хворих I групи, що проживали в сільській місцевості – тут переважав безсимптомний перебіг (57,9%); дещо менший відсоток тяжкості в голові та шуму у вухах. Варіант безсимптомного перебігу спостерігали найчастіше у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, та зменшення останнього із наростанням коморбідності. Частота ж проявів гіпертонічної хвороби в

середньому на місяць та кількість гіпертонічних кризів сумарно на рік була більшою з наростанням коморбідності (табл. 4.5).

Під час добового моніторингу артеріального тиску визначали денні і нічні середні показники систолічного та діастолічного артеріального тиску, за результатами яких оцінювали зниження нічного АТ відносно денного. Привертає увагу вищий рівень показнику «night-peaker» у пацієнтів сільської місцевості I групи на 1,9% та III групи на 5,9%, і вищий показник на 2,8% у жителів міської місцевості II групи. Разом з тим, слід відмітити вищий рівень показнику «over-dipper» жителів сільської місцевості в I (на 2,8%) та II (на 8,8%) групах, при переважанні цього рівня у пацієнтів III групи (на 5,0%). В результаті аналізу даного дослідження, слід припускати можливий незадовільний перебіг гіпертонічної хвороби на фоні отримуваної терапії, що потребувало подальшого коригування.

У результаті проведеного дослідження рівня тривоги і депресії у пацієнтів порівнюваних груп відмічали наростання останніх і прогресуванням коморбідності. Так у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби відсутність тривожно-депресивних розладів констатували у 55,6% пацієнтів, у пацієнтів II групи – 44,1%, пацієнтів III групи – 21,6%. У всіх групах частіше спостерігали прояви тривоги ніж депресії, частіше цим проявам піддавалися жінки, що проживали у місті. Встановлено високий кореляційний зв'язок між показниками рівня тривоги та депресії з показником індексу атерогенності та рівнем тригліцеридів (рис. 4,7-4,9).

Рівень стресостійкості, що визначали за шкалою Холмса-Рея, показав наступні результати. Так у пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, низький рівень виникнення супутніх психосоматичних хвороб констатовано у 46,2% міських та 73,7% сільських жителів, середній же ризик відмічено у 53,8% і 26,3% пацієнтів відповідно. Високий ризик (більше 300 балів) не спостерігали. У пацієнтів II групи – до 150 балів набрали 47,1% жителів міської місцевості і 41,3% жителів сільської місцевості, у той же

час в діапазон від 150 до 300 балів потрапило 47,1% пацієнтів жителів міста і 52,9% сільських жителів. Високий ризик виникнення психосоматичних ускладнень констатовано у 11,6% пацієнтів, порівну з міської місцевості та сільської місцевості. Показники пацієнтів III групи були наступними: 58,3% жителів міста і 53,3% - жителі села мали низький ризик ускладнень, а 41,7% і 46,7% - середній. Більше 300 балів жодний пацієнт під час опитування не отримав. Встановлено високий кореляційний зв'язок між показниками таблиці Холмса-Рея та добового систолічного артеріального тиску (рис. 4,1-4,6). Інші показники ДМАТ з таблицею Холмса-Рея не корелювали.

На підставі проведеного аналізу факторів ризику, які так чи інакше впливають на прогресування гіпертонічної хвороби, інформованість та прихильність до лікування, та, як наслідок, впливають на якість життя, нами було запропоновано розроблені рекомендації для населення, в залежності від їх територіальної приналежності (додаток 5).

На другому етапі був проведений аналіз якості життя 110 пацієнтів (72,4%), які були повторно госпіталізовані через рік після надання їм рекомендацій. Кількість пацієнтів які дотримувалися наших рекомендацій становила 78 (70,9%), не дотримувалися або виконували їх не регулярно – 32 (29,1%). Серед міських пацієнтів з ізольованим перебігом гіпертонічної хвороби, 73,7% (n=14) старанно виконували надані їм рекомендації, тоді як кількість не виконуючих склала – 26,3% (n=5). Серед пацієнтів сільської місцевості дотримувалися рекомендацій 63,6% (n=7), не дотримувалися – 36,4% (n=4). У групі з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби з ішемічною хворобою серця, в міській місцевості кількість виконуючих рекомендації пацієнтів була 21 (75,0%), а в сільській – 19 (76,0%), аналогічно в третій групі кількість виконуючих в міській місцевості та сільській склали 10 (58,8%) і 7 (70,0%) пацієнтів відповідно.

Порівнюючи якість життя хворих I групи до і після наданих їм рекомендацій, відмічали помірне покращення як у фізичному так і у психічному його компонентах. Проте клінічно значиму різницю спостерігали

у пацієнтів які дотримувалися і не дотримувалися наданих рекомендацій (частіше у міських жителів) у показниках рольового функціонування (RP), життєвої активності (VT), соціального функціонування (SF), рольового функціонування обумовленого емоційним станом (RE), психічного здоров'я (MH) (табл. 5.1). У пацієнтів II групи, аналогічно попередній, відмічається незначне покращення у всіх показниках психічного та фізичного компонентів. Однак особливо звертає на себе увагу підвищення рівня показнику інтенсивності болю (BP) у сільських жителів на 4,4 одиниці та рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP) у міських жителів на 7 одиниць, що нівелювало клінічну різницю між сільськими і міськими жителями за даними показниками. Клінічної значимої різниці у показниках психічного та фізичного компонентів якості життя між пацієнтами сільської та міської місцевостей не спостерігали, проте суттєві відмінності констатовані у показниках фізичного функціонування (PF), загального стану здоров'я (GH), життєвої активності (VT), психічного здоров'я (MH) (табл. 5.2). Помірне підвищення показників якості життя як у психічному так і у фізичному його компонентах спостерігали і у III групі. Однак звертає на себе увагу нівелювання клінічно значимої різниці у пацієнтів сільської місцевості у показнику фізичного функціонування (PF) (було $44,8 \pm 1,8$ (95% ДІ 41,0-48,6); стало $50,1 \pm 3,2$ (95% ДІ 47,8-52,4) ($p < 0,001$), у показнику життєвої активності (VT) (було $34,4 \pm 1,6$ (95% ДІ 31,1-37,4); стало $42,3 \pm 1,4$ (95% ДІ 37,9-45,1) ($p < 0,001$)), а також у показнику рольового функціонування, обумовлене емоційним станом (RE): так у пацієнтів жителів міста відмічали приріст балів з $48,6 \pm 1,2$ (95% ДІ 46,2-51,0) до $50,7 \pm 1,5$ (95% ДІ 47,4-53,9) ($p < 0,001$), а у пацієнтів жителів села з $37,9 \pm 1,7$ (95% ДІ 34,3-41,6) балів до $45,9 \pm 1,9$ (95% ДІ 41,6-50,2) ($p < 0,001$). Порівнюючи пацієнтів III групи, які дотримувалися і не дотримувалися рекомендацій, серед міських жителів клінічна різниця спостерігалася у показнику загального стану здоров'я (GH). Суттєва, але клінічно не значима

була різниця як у жителів міста так і жителів села у показнику інтенсивності болю (BP) (табл.3.3.3; 5.3).

Аналіз прихильності до лікування продемонстрував приріст високого та середнього його рівня як у пацієнтів з міської так і з сільської місцевості, і як наслідок значне зниження рівня низької прихильності у пацієнтів порівнюваних груп не зважаючи на рівень коморбідності (табл. 5.4).

Результатом проведеної інформаційної роботи було покращення значень коригованих факторів ризику. Так у пацієнтів I групи, що проживали у місті приріст фізичної активності спостерігали майже на 10%, у пацієнтів мешканців сільської місцевості– на 10,6%. У другій групі покращення за даним показником спостерігали на 30,1% і 11,9% відповідно у жителів міста та села, аналогічно і у пацієнтів III групи, даний показник покращився на 32,1% та 26,7% (табл. 5.5). Результатом підвищення фізичної активності було зниження відсотку хворих з ожирінням та надлишковою масою тіла, проте різниця до і після анкетування була не суттєвою, про що свідчить відсутність динаміки у показнику індексу маси тіла (табл. 5.6).

Стосовно індексу атерогенності, відмічали достовірне ($p < 0,001$) зниження його у пацієнтів всіх груп не залежно від їх територіальної приналежності, окрім пацієнтів III групи з села. Аналогічну картину спостерігали і у динаміці зміни рівня холестерину. Визначали достовірне зниження останнього від 0,7 до 2,8 ммоль/л ($p < 0,001$), окрім пацієнтів III групи сільської місцевості. Беручи до уваги рівень тригліцеридів, констатували не достовірне зниження середніх показників у пацієнтів I і II груп ($p > 0,05$), у той же час, у пацієнтів III групи, рівень ТГ в середньому зріс на 0,15 ммоль/л ($p < 0,001$) та 0,09 ммоль/л ($p < 0,05$) у жителів міста і жителів села відповідно (табл. 5.9).

Відмічали достовірне зниження рівня тривоги і депресії у пацієнтів порівнюваних груп, не залежно від їх територіальної приналежності. Так у міських жителів знижувався в середньому від 1,62 до 2,84 балів, тоді як у сільських жителів від 1,24 до 2,08 балів. У пацієнтів з ізольованим перебігом

гіпертонічної хвороби, що не дотримувалися рекомендацій, рівень тривоги залишався фактично не змінним, а при наростанні коморбідності – навпаки цей рівень зростав (табл. 5.10). Рівень депресії достовірно знизився у всіх пацієнтів порівнюваних груп, що дотримувалися рекомендацій, у той же час, у пацієнтів які нехтували наданими рекомендаціями – констатували підвищення її рівня (окрім пацієнтів III групи з міста) (табл. 5.11).

Стосовно артеріального тиску у пацієнтів на початку лікування та через рік, констатували зниження середніх показників САТ і ДАТ у всіх хворих порівнюваних груп, що свідчило про ефективність запропонованих рекомендацій. У той же час, у пацієнтів які не дотримувалися отриманих рекомендацій вдома, також констатували мінімальне зниження середніх показників САТ і ДАТ: міські жителі САТ знизився на 2,1-3,5 мм.рт.ст., ДАТ – на 0,6-5,6 мм.рт.ст.; у сільських жителів САТ в середньому знижувався на 1,9-3,7 мм.рт.ст., ДАТ – 2,1-3,8 мм.рт.ст.. Проте нами було виявлено різницю у рівні мінімального систолічного АТ у пацієнтів які дотримувалися та не дотримувалися наданих рекомендацій (табл. 5.12). Аналіз динаміки рівня добового індексу артеріального тиску показав, що у пацієнтів порівнюваних груп, які дотримувалися запропонованих рекомендацій тривалість артеріальної гіпертензії протягом доби була достовірно нижчою (табл. 5.13).

Беручи до уваги клінічні прояви гіпертонічної хвороби, констатували зниження частоти їх проявів у пацієнтів, що дотримувалися рекомендацій, у той же час визначався приріст частоти головного болю та тяжкості в голові у хворих, що не дотримувалися рекомендацій. Для симптому «шум у вухах» даної залежності не спостерігали (табл. 5.14). Відмічали зниження частоти гіпертонічних кризів, у пацієнтів порівнюваних груп, що дотримувалися рекомендацій, та приріст останніх майже в 2 рази у пацієнтів що їх не дотримувалися. Таким чином, запропоновані рекомендації в цілому позитивно впливають на перебіг гіпертонічної хвороби за рахунок зниження частоти клінічних проявів, та підвищення якості життя.

ВИСНОВКИ

Дисертаційне дослідження присвячене вирішенню конкретного науково-практичного завдання, що полягає у визначенні рейтингового значення факторів кардіоваскулярного ризику та психосоціальних факторів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та її коморбідним перебігом у залежності від їх місця та умов проживання та на їх підставі оптимізувати профілактичні заходи.

1. Інформованість населення про фактори ризику виникнення та прогресування гіпертонічної хвороби включаючи психосоматичні фактори статистично значимо ($p < 0,05$) переважала у жителів міста переважно середнього та похилого віку, незалежно від рівня коморбідності, порівняно з жителями сільської місцевості.

2. Низька прихильність до лікування спостерігалася у всіх пацієнтів порівнюваних груп. Зокрема, у пацієнтів сільської місцевості вона обумовлена самостійною відміною препарату та труднощами в запам'ятовуванні часу прийому препаратів, тоді як у жителів міста низька прихильність асоціювалася з пропуском прийому ліків під час перебування в дорозі поза домом.

3. Рівень якості життя знижується із наявністю та прогресуванням рівня тривоги та/або депресії, та наростанням коморбідності у пацієнтів з гіпертонічною хворобою незалежно від територіальної приналежності. Показники тривоги та депресії переважали у жінок, що проживають у місті порівняно з чоловіками та жителями сільської місцевості ($p < 0,05$).

4. Рівень добового систолічного АТ достовірно ($p < 0,05$) був вищим у міських пацієнтів I та II груп, тоді як у III групі цей показник був вищим у жителів сільської місцевості. Разом з тим індекс часу систолічного АТ прогресивно збільшувався із наростанням коморбідності та рівня накопиченого стресу ($r > 0,89$) незалежно від місця проживання хворих.

5. Показники ліпідного обміну (загального холестерину, індексу атерогенності) достовірно ($p < 0,001$) були вищими в порівнюваних групах у жителів міста, та залежали від рівня тривоги та/або депресії ($r > 0,91$).

6. Впровадження розроблених рекомендацій щодо профілактики та диференційованого впливу на рейтингові фактори ризику у сільських та міських жителів з гіпертонічною хворобою та її коморбідним перебігом, дозволило збільшити прихильність до лікування даної категорії пацієнтів, підвищити якість життя, зменшити вплив тривоги та депресії, що, у свою чергу, забезпечило кращий контроль цільових рівнів АТ та зниження ризику кардіоваскулярних ускладнень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, 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):3021–3104. doi:<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
2. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, 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): 2006-2017. doi:10.1016/S0140-6736(20)32340-0
3. World Health Organization. World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. 2019.
4. Березин О.Є. Сучасні підходи до комбінованої терапії артеріальної гіпертензії. *Український медичний часопис*. 2017 Лист 01;6(122):113-117.
5. Пастернак НІ, Юрценюк ЮС. Тривожні та депресивні розлади у хворих на артеріальну гіпертензію. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2016;15(1):201-205.
6. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*. 2021 Sept 11; 398(10304):957-980. doi:10.1016/S0140-6736(21)01330-1
7. Свіщенко ЄП, Міщенко ЛА. Клініко-демографічні характеристики пацієнтів з уперше виявленою артеріальною гіпертензією : результати дослідження СТАРТ. *Український кардіологічний журнал*. 2017;6:14-23.

8. World Health Organization. STEPS prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2020. Available from:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336642/WHO-EURO-2020-1468-41218-56060-eng.pdf>
9. Grassi G, Cifkova R, Laurent S, Narkiewicz K, Redon J, Farsang C, et al. Blood pressure control and cardiovascular risk profile in hypertensive patients from central and eastern European countries: Results of the BP-CARE study. *Eur Heart J.* 2011 Jan;32(2):218-225. doi:10.1093/eurheartj/ehq394
10. Sirenko YM, Rekovets OL. Attento — advance in the treatment of arterial hypertension. *Hypertension.* 2018;(1.57):9-14. doi:10.22141/2224-1485.1.57.2018.125494
11. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology.* 2020;76(25):2982-3021. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.010
12. James JE. Hypertension control and cardiovascular disease. *The Lancet.* 2017;389(10065):154. doi:10.1016/S0140-6736(17)30018-1
13. Duiyimuhan G, Maimaiti N. The association between atherogenic index of plasma and all-cause mortality and cardiovascular disease-specific mortality in hypertension patients: a retrospective cohort study of NHANES. *BMC Cardiovasc Disord.* 2023;23(1):1-13. doi:10.1186/s12872-023-03451-0
14. Saheera S, Krishnamurthy P. Cardiovascular changes associated with hypertensive heart disease and aging. *Cell Transplant.* 2020;29:1-10. doi:10.1177/0963689720920830
15. Jeklin A. II International scientific and theoretical conference. The current state of development of world science: characteristics. *II Int sci theor conf. The curr. state dev. world sci. charact featur;* 2021 July; p.90-91.

16. Miloslavsky DK, Koval SM. Adjustment disorders, hypertension and type 2 diabetes: a cardiologist's view (literature review). *International journal of endocrinology (Ukraine)*. 2023;19(5):383-390. doi:10.22141/2224-0721.19.5.2023.1303
17. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*. 2006; 28(12):1462-1536. doi:10.1097/HJH.0b013e3281fc975a
18. Ткаченко ВІ, Гайова ОА. Вторинна профілактика ішемічної хвороби серця у практиці лікаря загальної практики. *Сімейна медицина*. 2017; 4(72): 6-9.
19. Дроздова ІВ, Бабець АА, Степанова ЛГ, Омельницька ЛВ. Захворюваність, поширеність та інвалідність унаслідок гіпертонічної хвороби: підходи до аналізу й прогнозування. *Український кардіологічний журнал*. 2017;1:85-93.
20. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial hypertension-diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(33-34):557-558. doi:10.3238/arztebl.2018.0557
21. Cherkun MP, Katerenchuk IP. Вплив психосоматичних факторів на клінічні особливості коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби та прихильність до антигіпертензивної терапії у міських і сільських жителів. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2020;(2):189-194. doi:10.11603/1811-2471.2020.v.i2.11342
22. Кульбачук ОС, Дмитрієва СМ, Сідь ЄВ, Соловійов ОВ. Динаміка рівнів біомаркерів ендотеліальної функції у хворих на резистентну артеріальну гіпертензію під впливом лікування. *Клінічна медицина*. 2022;7(4):41-47. doi:10.26693/jmbs07.04.041

23. Surma S, Oparil S, Narkiewicz K. Pet ownership and the risk of arterial hypertension and cardiovascular disease. *Current Hypertension Reports*. 2022;24(8):295-302. doi:10.1007/s11906-022-01191-8
24. Кваша ОА, Смірнова ІП, Горбась ІМ, Срібна ОВ. Динаміка структури ліпідного фактору серцево-судинного ризику на протязі 35 років у міській популяції чоловіків. *Український кардіологічний журнал*. 2016;1(44):54-60.
25. Черкун МП, Катеренчук ІП. Інформованість міських і сільських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби як передумова прихильності до лікувально-профілактичних заходів. *Україна здоров'я нації*. 2020;0(2):155-159. doi:10.24144/2077-6594.2.2020.201475
26. Пастушина АІ. Активність процесів гемокоагуляції при коморбідному перебігу гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця. *Ліки України*. 2021; 5(251): 35-38.
27. Chekalina NI. Resveratrol has a positive effect on parameters of central hemodynamics and myocardial ischemia in patients with stable coronary heart disease. *Wiad Lek*. 2017;LXX(2):286–291.
28. Mensah GA, Roth GA, Fuster V. The global burden of cardiovascular diseases and risk factors: 2020 and beyond. *J Am Coll Cardiol*. 2019;74(20):2529-2532. doi:10.1016/j.jacc.2019.10.009
29. Yano Y, Kim HC, Lee H. Isolated diastolic hypertension and risk of cardiovascular disease: controversies in hypertension - pro side of the argument. *Hypertension*. 2022;79(8):1563-1570. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.18459
30. Zhuo X, Huang M, Wu M, Elshmaa. M. Analysis of cognitive dysfunction and its risk factors in patients with hypertension. *Med (United States)*. 2022;101(10):E28934. doi:10.1097/MD.00000000000028934
31. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020;41(2):255-323. doi:10.1093/eurheartj/ehz486

32. Дячук ДД, Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ, Ласиця ТС. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні: сучасний погляд на проблему. Український кардіологічний журнал. 2018;91-101.
33. Барна ОМ, Гойда НГ, Корост ЯВ. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів літнього віку. Ліки України. 2014;(1):33-34.
34. Parati G, Omboni S, Compare A. Blood pressure control and treatment adherence in hypertensive patients with metabolic syndrome: Protocol of a randomized controlled study based on home blood pressure telemonitoring vs. conventional management and assessment of psychological determinants. *Trials*. 2013;14(1):1-11. doi:10.1186/1745-6215-14-22
35. Коваленко ВН, Долженко МН, Несукай ЕГ. Європейське дослідження профілактики серцево-судинних захворювань та цукрового діабету EUROASPIRE IV: результати госпітального етапу в Україні. Український кардіологічний журнал. 2014; 4: 4-15.
36. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2015;23(6):345-351. doi.org/10.1177/2047487315569401
37. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*. 2020;75(2):285-292. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14240
38. Borghi C, Fogacci F, Agnoletti D, Cicero AFG. Hypertension and Dyslipidemia Combined Therapeutic Approaches. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2022;29(3):221-230. doi:10.1007/s40292-022-00507-8
39. Unger T, Borghi C, Charchar F. 2020 International Society of Hypertension Global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026

40. Мостбауер ГВ. Алкоголь та артеріальна гіпертензія. *Здоров'я України*. 2019;52-55.
41. Song Z, Yang R, Wang W. Association of healthy lifestyle including a healthy sleep pattern with incident type 2 diabetes mellitus among individuals with hypertension. *Cardiovasc Diabetol*. 2021;20(1):1-12. doi:10.1186/s12933-021-01434-z
42. Ferrannini E, Mark M, Mayoux E. CV protection in the EMPA-REG OUTCOME trial: A thrifty substrate hypothesis. *Diabetes Care*. 2016;39(7):1108-1114. doi:10.2337/dc16-0330
43. Єрьюменко РФ, Литвинова ОМ, Козар ВВ, Литвиненко ГЛ, Карабут ЛВ. Лабораторна оцінка рівнів трансформуючого фактору росту- β 1 у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу. *Український журнал медичної біології та спорту*. 2021;6(1):72-77. doi:10.26693/jmbs06.01.072
44. Рішко ОА, Дербак МА, Ігнатко ЯЯ, Блецкан ВТ, Феделеш СЕ, Сич ПР. Сучасні можливості ефективного лікування коморбідних хворих з артеріальною гіпертензією, поєднаною з цукровим діабетом 2 типу на тлі надмірної маси тіла. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2022;2(56):62-70. doi:10.24144/1998-6475.2022.56.62-70
45. Bacquer D De, Dallongeville J, Heidrich J. Management of overweight and obese patients with coronary heart disease across Europe. *Eur Prev Cardiol*. 2010;17:447-454. doi:10.1097/HJR.0b013e328336a05f
46. Jennings C, Kotseva K, Bacquer D. Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers : the EUROACTION PLUS varenicline trial. *European Heart Journal*. 2014;35(21):1411-1420. doi:10.1093/eurheartj/ehu051
47. Kotseva K, Backer GD, Bacquer DD. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries : Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur Prev Cardiol*. 2019:1-12. doi:10.1177/2047487318825350

48. Yen FS, Wei JCC, Chiu LT, Hsu CC, Hwu CM. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease development. *J Transl Med.* 2022;20(1):1-12. doi:10.1186/s12967-021-03217-2
49. Лашкул ЗВ. Особливості епідеміології артеріальної гіпертензії та її ускладнень. *Сучасні медичні технології.* 2014;2:135-141.
50. Van den Berg MJ. Classical Risk Factors and Identification of Patients at (Very) High Risk of Cardiovascular Disease.; 2017;PhD Thesis. Utrecht University.
51. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: Meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 2009;338(7705):1245. doi:10.1136/bmj.b1665
52. Bress AP, Kramer H, Khatib R. Potential deaths averted and serious adverse events incurred from adoption of the SPRINT (systolic blood pressure intervention trial) intensive blood pressure regimen in the United States: Projections from NHANES (National Health and Nutrition Examination. *Circulation.*2017;135(17):1617-1618. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025322
53. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
54. Whelton PK, Flack JM, Jennings G, Schutte A, Wang J, Touyz RM. Editors' commentary on the 2023 ESH management of arterial hypertension guidelines. *Hypertension.* 2023;80(9):1795-1799. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21592
55. Przekaz A, Bielka W, Pawlik A. Hypertension and type 2 diabetes - the novel treatment possibilities. *Int J Mol Sci.* 2022;23(12). doi:10.3390/ijms23126500
56. WHO. Guideline for the Farmacológicas Treatment of Hypertension in Adults. 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986>.

57. Ghorani HA, Götzinger F, Böhm M, Mahfoud F. Arterial hypertension et Clinical trials update 2021 Hussam. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2020;32(1):21-31. doi:10.1016/j.numecd.2021.09.007.
58. Cheng HM, Wu CL, Sung SH. Prognostic utility of morning blood pressure surge for 20-year all- cause and cardiovascular mortalities: Results of a community-based study. *J Am Heart Assoc.* 2017;6(12). doi:10.1161/JAHA.117.007667
59. Rizzoni D, Agabiti-Rosei C, De Ciuceis C, Boari GM. Subclinical hypertension-mediated organ damage (HMOD) in hypertension: atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) and calcium score. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2023;30(1):17-27. doi:10.1007/s40292-022-00551-4
60. Трачук ЛЄ. Комплаєнс при лікуванні артеріальної гіпертензії: психокорекційна програма оптимізації. *Ліки України.* 2013;5(171):331-334.
61. Стаднюк ЛА, Кононенко ОА, Олійник МВ, Давидович ОВ, Мікропуло ІР. Кардіоваскулярний ризик та стан органів-мішеней у хворих на артеріальну гіпертензію різного віку при високо- та низьконормальному рівнях тиреотропного гормону. *Сімейна медицина.* 2019;1(81):71-75.
62. Лисенко Ю. Концептуальні підходи до обґрунтування оптимізації системи виявлення та моніторингу факторів ризику серцево-судинних захворювань у державних службовців. *Український медичний часопис.* 2015;3(107):26-28.
63. Мітченко ОІ, Романов ВЮ. Оптимізація лікування та корекція серцево-судинного ризику у пацієнтів із артеріальною гіпертензією та метаболічним синдромом. *Український медичний часопис.* 2015;2(106):67-70.
64. Шкапо ВЛ, Несен АО, Чирва ОВ, Висоцька ОВ. Оцінка якості життя у хворих високого кардіоваскулярного ризику з коморбідною

- патологією. Український журнал медицини, біології та спорту. 2016;1(1):110-113.
65. Катеренчук ІІ, Файнзільберг ЛС, Катеренчук ОІ, Вакуленко КЄ. Роль психосоціальних стресових факторів у розвитку серцево-судинної патології: можливості фазаграфії у попередженні їх негативного впливу. Вісник проблем біології і медицини. 2017;1(139):42-46.
66. М'ясоєдов ВВ, редактор. Матеріали ІV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017). Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення. 2021 Жовт 27; Харків. Харків: ХНМУ; 2021,с.97-99.
67. Михайловська НС, Мануйлов СМ, Грицай ВГ. Метаболічні, психовегетативні порушення та якість життя хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2019;(3):106-112. doi:10.11603/1811-2471.2019.v.i3.10439
68. Gheorghe A, Griffiths U, Murphy A, Legido-Quigley H, Lamptey P, Perel P. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries: A systematic review. BMC Public Health. 2018;18(1):1-11. doi:10.1186/s12889-018-5806-x
69. Бурчинський СГ. Тривога та когнітивні порушення: можливості й критерії вибору фармакотерапії. Медична газета Здоров'я України. 2020; 1:49-53.
70. Asimakopoulou KG, Skinner TC, Spimpolo J, Marsh S, Fox C. Unrealistic pessimism about risk of coronary heart disease and stroke in patients with type 2 diabetes. Patient Educ Couns. 2008;71(1):95-101. doi:10.1016/j.pec.2007.12.007
71. Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease. 37-year follow-up of

- 49,321 young swedish men. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56(1):31-37. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.033
72. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyorala K, Keil U. EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009;16(2):121-137. doi:10.1097/HJR.0b013e3283294b1d
73. Козачок ММ, Селюк ММ, Омеляшко МІ, Савчук ІМ, Селюк ОВ. Тривожність та депресивні стани в учасників АТО / ООС, хворих на артеріальну гіпертензію. *Сімейна медицина.* 2019;3(83):43-46.
74. Корнацький ВМ, Дяченко ЛО, Михальчук ВМ. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення. *Український кардіологічний журнал.* 2017:106-113.
75. Мохначов ОВ. Психологічні особливості хворих на гіпертонічну хворобу, поєднану з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням. *Клінічна та експериментальна медицина.* 2017;3(4):163-167. doi:10.29254/2077-4214-2017-4-3-141-163-167
76. Cromhout PF, Christensen AV, Jorgensen MB. Exploring the use of psychotropic medication in cardiac patients with and without anxiety and its association with 1-year mortality. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2022;21(6):612-619. doi:10.1093/eurjcn/zvab111
77. Orthgome K, Schneiderman N, Wang H, Franklin B. The Stockholm women's intervention trial for coronary heart disease (SWITCHD). *Circ Cardiovasc Outcomes.* 2009;2:25-32. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.108.812859
78. Чабан ОС, Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис.* 2022;4(150):1-11. doi:10.32471/umj.1680-3051.150.232297

79. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom.* 2017;86(1):13-30. doi:10.1159/000448856
80. Хаустова ОО, Сінкевич ІС. Психофармакотерапія в загальній медичній практиці: психосоматичний підхід (на прикладі амісульприду). *Міжнародний неврологічний журнал.* 2023;19(1):49-58.
81. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome : systematic review and recommendations. *Circulation.* 2014;129:1350-1369. doi:10.1161/CIR.0000000000000019
82. Schmalfluss CM, Cooper GR, Schofield RS, Sheps DS. Mental stress provokes ischemia in coronary artery disease subjects without exercise- or adenosine-induced ischemia. *Jour Amer Coll Cardiol.* 2006;47(5):987-991. doi:10.1016/j.jacc.2005.10.051
83. Jeremiah R, Brown GT. Coronary heart disease and prevention in the united states. *N Engl J Med.* 2010;362:2150-2153.
84. Черкун МП, Катеренчук ІП. Сучасні погляди на артеріальну гіпертензію, обумовлену несприятливим впливом психосоматичних факторів, як основну причину небезпечних серцево-судинних подій. *Кардіологія від науки до практики.* 2018;6(34):89-98. doi:https://doi.org/10.30702/card:sp.2018.12.034/0168998
85. Шафранський ВВ, Дудник СВ. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. *Україна здоров'я нації.* 2015;3(39):12-18.
86. Patel N, Nadkarni GN, Girish N. Apolipoprotein L1, Cardiovascular disease and hypertension: more questions than answers. *Cardiol Clin.* 2019;37(3):327-334. doi:10.1016/j.ccl.2019.04.009
87. Несен АО, Чернишов ВА, Шкапо ВЛ, Валентинова ІА. Хронічні неінфекційні захворювання : акцент на мультиморбідні патологічні стани та кардіоваскулярний ризик. *Український терапевтичний журнал.* 2019;7295:25-32.

88. Koval SM, Snihurska IO, Penkova MY, Lytvynova OM, Bozhko VV, Yushko KO. Arterial hypertension and diabetes mellitus: questions of optimizing the control of arterial pressure. *Hypertension*. 2018;2.58:9-18. doi:10.22141/2224-1485.2.58.2018.131061
89. Cleary PA, Orchard TJ, Genuth S. The effect of intensive glycemetic treatment on coronary artery calcification in type 1 diabetic participants of the diabetes control and complications. *Diabetes*. 2006;55(12):3556-3565. doi:10.2337/db06-0653
90. Soedamah-Muthu SS, Colhoun HM, Abrahamian H, Chan NN, Mangili R, Reboldi GP, et al. Trends in hypertension management in Type I diabetes across Europe, 1989/1990-1997/1999. *Diabetologia*. 2002:1362-1371. doi:10.1007/s00125-002-0914-6
91. Ткаченко ВІ. Аналіз змін якості діабетологічної допомоги за умов впровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2015; 2(66): 122-131.
92. Кошкіна МВ, Сирота АЮ, Єрюшкін ДМ. Порівняння якості життя хворих на цукровий діабет II типу та ішемічну хворобу серця та ізольовану ішемічну хворобу з використанням опитувальника життя minnesota з серцевою недостатністю. Дисертація. 2022; Харківський національний медичний університет.
93. Kohut AO, Chaban OS, Dolynskyi RG. The features of posttraumatic stress disorder development in patients with diabetes mellitus 2 type. *Wiad Lek*. 2022;75(8):1903-1907. doi:10.36740/WLek202208115
94. Lemche AV, Chaban OS, Lemche E. Depression contributing to dyslipidemic cardiovascular risk in the metabolic syndrome. *J Endocrinol Invest*. 2017;40(5):539-546. doi:10.1007/s40618-016-0601-y
95. Siqin Ye, Shaffer JA, Rieckmann N, Schwartz JE, Kronish IM, Ladapo JA, et al. Long-term outcomes of enhanced depression treatment in patients with

- acute coronary syndromes. *The American journal of medicine*. 2014;127(10):1012-1016. doi:10.1016/j.amjmed.2014.05.004.
96. Surtees PG, Wainwright NW. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Amer Jour Psychiatry*. 2008;165(4):515-523.
97. Єгорова О, Асланян Т. психологічні фактори гіпертонії у вітчизняних хворих (на матеріалі вищої школи). Гуманізація навчально-виховного процесу. 2018;1(87):318-329.
98. 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):1-17. doi:10.1371/journal.pone.0115048
99. Синельник ВП, Ткаченко НО, Супрун ОС. Якість життя ліквідаторів аварії на ЧАЕС, хворих на гіпертонічну хворобу, та хворих на гіпертонічну хворобу коморбідну з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2019;19(3):79-82. doi:10.31718/2077-1096.19.3.79
100. Черкун МП. Вплив тривоги і депресії на фізичний компонент якості життя сільського і міського населення з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2023;4(84):167-170. doi:10.31718/2077–1096.23.4.167
101. Nascimento MO, Belo RM, Araujo TL. Factors associated to the adherence to the non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(6):1-8. doi:10.1590/0034-7167-2020-0173
102. Черкун МП, Катеренчук ІП. Коморбідний перебіг гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2-го типу в умовах впливу психосоматичних факторів. *Кардіологія від науки до практики*. 2019;4(38):18-28. doi:https://doi.org/10.30702/card:sp.2019.10.038/0331727

103. Сердюк АМ, Кундієв ЮІ, Нагорна АМ, Широбоков ВП. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні. Журнал НАМН України. 2012;(3):358-371.
104. Pizzi C, Manzoli L, Mancini S, Bedetti G, Fontana F, Costa GM. Autonomic nervous system, inflammation and preclinical carotid atherosclerosis in depressed subjects with coronary risk factors. *Atherosclerosis*. 2010;212(1):292-298. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2010.04.038
105. Suls J, Bunde J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychol Bull*. 2005;131(2):260-300. doi:10.1037/0033-2909.131.2.260
106. Pury CL, McCubbin JA, Helfer SG, Galloway C, McMullen LJ. Elevated resting blood pressure and dampened emotional response. *Psychosom Med*. 2004;66(4):583-587. doi:10.1097/01.psy.0000130490.57706.88
107. Здорик ІФ. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу. *Український вісник психоневрології*. 2013;4(77):83-86.
108. Dasgupta K, Quinn RR, Zarnke KB. The 2014 Canadian hypertension education program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol*. 2014;30:485-501. doi:10.1016/j.cjca.2014.02.002
109. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis , risk assessment , prevention , and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol*. 2018;34:506-525. doi:10.1016/j.cjca.2018.02.022
110. Ждан ВМ, редактор. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Медична реабілітація в Україні : сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи. 2022 Вер 8; Полтава.ПДМУ; 2022,с.37.

111. Ханюков ОО, Смольянова ОВ. 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 Лют 9-10; Дніпро. ДДМУ; 2022, с. 10-12.
112. Крячкова ЛВ, Кротова ЛО, Кротова ВЮ. Якість життя залежно від статусу лікування артеріальної гіпертензії та інших факторів. Матеріали ХХІІ наукової конференції. 2022; Дніпро. ДДМУ; 2022, с. 61.
113. Черкун МП, Катеренчук ІП. Порівняльна оцінка показників якості життя сільських і міських жителів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби. Світ медицини та біології. 2023; 2(84): 167-171. doi:10.26724/2079-8334-2023-2-84-167-171
114. Compare A, Zarbo C, Manzoni GM. Social support depression and heart disease: a ten year literature review. *Front Psychol.* 2013; 4(7): 1-7. doi:10.3389/fpsyg.2013.00384
115. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003; 25(4): 277-283. doi:10.1016/S0163-8343(03)00043-4
116. Mukharovska IR, Markova M, Yavorska T. Role of stress risk in development and course of cerebrovascular pathology. *Psychosom Med Gen Pract.* 2018; 3(3): 1-10.
117. Society E, Federation WH, Food US. Конгрес Європейського товариства кардіологів. Ліки України. 2012; 1: 8-11.
118. Мавродій ВМ. Навіщо дбати про душевну рівновагу кардіологічних пацієнтів? Артеріальна гіпертензія. 2023: 27-35. doi: <https://doi.org/10.22141/2224-1485.16.1-2.2023.346>
119. Почепцова ОГ, Кузнецов ІВ, Бязрова ВВ. Діагностика та фармакологічне лікування хронічної серцевої недостатності відповідно

- до рекомендацій ESC 2021. Ліки України. 2021;8(254)44-52. doi: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.8\(254\).245844](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.8(254).245844)
120. Mancia G, Kreutz R, Brunström M. 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Associat. J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480
121. Scherrer JF, Garfield LD, Lustman PJ. Antidepressant drug compliance : reduced risk of mi and mortality in depressed patients. Am J Med. 2011;124(4):318-324. doi:10.1016/j.amjmed.2010.11.015
122. Ніколаєнко ВБ. Серцево-судинні захворювання : сучасні підходи до лікування лікарю-практику. Український медичний часопис. 2018:16-21.
123. Линник СО. Напрями реалізації в Україні європейської стратегії ВООЗ щодо профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями. Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу Києво-Могилянська академія. 2012;208(196):106-111.
124. Слабкий ГО, Миронюк ВІ, Качала ЛЮ. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна Здоров'я нації.2017;3(44):24.
125. Lackland DT. WHL president controlling hypertension to prevent target organ damage : perspectives from the World Hypertension League President. Ethn Dis. 2016;26(3):267-270. doi:10.18865/ed.26.3.267
126. Franco C, Sciatti E, Favero G, Bonomini F, Vizzardì E, Rezzani R. Essential hypertension and oxidative stress: novel future perspectives. Int J Mol Sci. 2022;23(22). doi:10.3390/ijms232214489

127. Полтавцева АС. Функціонування системи реімбурсації: європейський досвід для України. *Актуальні проблеми держави і права*. 2014;226-232.
128. Левченко НМ. Механізм відшкодування вартості лікарських засобів (реімбурсації) за урядовою програмою Доступні ліки. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2017;2(17):70-79.
129. Черкун МП. Причини зниження прихильності до лікування гіпертонічної хвороби у сільських та міських жителів. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2023;2(82):87-91. doi:10.31718/2077-1096.23.2.1.87
130. World Health Organization. Secondary prevention of noncommunicable diseases in low-and middle-income countries through community-based and health service interventions: World Health Organization-Wellcome Trust meeting report. 2001 August 1-3. World Health Organization.2002.
131. Шупер ВО, Шупер СВ, Рикова ЮО. Дослідження прихильності до лікування хворих на артеріальну. *Буковинський медичний вісник*. 2020;3(95):165-172. doi:10.24061/2413-0737.XXIV.3.94.2020.88
132. Acevedo M, Valentino G, Kramer V. Evaluation the American college of cardiology and American Heart Association predictive score for cardiovascular diseases. *Rev Med Chil*. 2017;145(3):292-298. doi:10.4067/S0034-98872017000300002
133. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med*. 2012;125(9):882-887.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2011.12.013
134. Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. Adherence to single-pill versus ree-equivalent combination therapy in hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension*. 2021;77(2):692-705. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15781
135. Dahlof B, Sever PS, Poulter NR. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-

- Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT). 2005;6736(05):1-12. doi:10.1016/S0140-6736(05)67185-1
136. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. 1998;351:1755-1762.
137. Bourgault C, Rainville BS. Antihypertensive drug therapy in Saskatchewan. *ArchInternMed*. 2001;161:1873-1879.
138. Sokol MC, Mcguigan KA, Verbrugge RR. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005;43(6):521-530.
139. McMurray JJ, Ostergren J, Swedberg K. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin- converting-enzyme inhibitors : the CHARM-Added trial. *Lancet*. 2003;362:767-771.
140. Миронюк ВІ. Комплаєнс пацієнта – індикатор можливості організаційної деінституалізації психіатричної допомоги в системі охорони здоров'я. *Україна Здоров'я Нації*. 2020;2(3):176-177. doi:10.24144/2077-6594.3.2.2020.213740
141. Esh H, Agabiti E, France MA, Uk AD, Germany FM, Kerins 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.2018. doi:10.1097/HJH.
142. Silva IC, Nogueira MN, Cavalcante TF. Health literacy and adherence to the pharmacological treatment by people with arterial hypertension. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(6):1-7. doi:10.1590/0034-7167-2022-0008
143. Kim HM, Shin J. Role of home blood pressure monitoring in resistant hypertension. *Clin Hypertens*. 2023;29(1):1-7. doi:10.1186/s40885-022-00226-1

144. Zheng Y, Zhang Y, Huang H. Interindividual variability in self-monitoring of blood pressure using consumer-purchased wireless devices. *Nurs Res.* 2023;72(4):310-318. doi:10.1097/NNR.0000000000000654
145. McManus RJ, Little P, Stuart B. Home and online management and evaluation of blood pressure (HOME BP) using a digital intervention in poorly controlled hypertension: randomised controlled trial. *BMJ.* 2021;372:1-13. doi:10.1136/bmj.m4858
146. Kassavou A, Wang M, Mirzaei V, Shpendi S, Hasan R. The association between smartphone app-based self-monitoring of hypertension-related behaviors and reductions in high blood pressure: systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth.* 2022;10(7):1-11. doi:10.2196/34767
147. Аліфер ОО. Динаміка показників якості життя як критерій ефективності лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів різних вікових груп. *Ліки України.* 2019;4(230):40-43.
148. Кузьміна ГП, Лазаренко ОМ. Показники якості життя та функціонального статусу хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідною подагрою. *Сімейна медицина.* 2019;2(82):89-93.
149. Шомоді ЖС, Венгер ОП. Параметри якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу її стадії. *Медсестринство.* 2018;2:49-51.
150. Лабінська ОЄ. Вплив реперфузійної терапії на якість життя пацієнтів із гострим інфарктом міокарда за наявності ожиріння. *Практикуючий лікар.* 2022, 2-3: 29-34.
151. Савченко ІП, Степова МВ, Мазур ЛМ. Вивчення тривожно-депресивних розладів та оцінка якості життя у хворих на тиреопатію. *Медсестринство.* 2019;(1):24-26. doi:10.11603/2411-1597.2019.1.9981
152. Черкун МП. Вплив тривоги і депресії на психічний компонент здоров'я у пацієнтів з гіпертонічною хворобою. *Клінічна та профілактична медицина.* 2023;6(28):61-67. doi:https://doi.org/10.31612/2616-4868.6.2023.07

153. Свіщенко ЄП. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Артеріальна Гіпертензия. 2009;(1):3.
154. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74. <http://www.jstor.org/stable/3764638>.
155. Donald E. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54. doi:doi:10.1111/j.17517176.2008.07572.x.
156. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.
157. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002
158. Кудряшова Т, Губченко О, Бондаренко В. Скандинавська ходьба - різновид фітнесу. *Trans Kremenchuk Mykhailo Ostrohradskyi Natl Univ*. 2019;1(114):141-145. doi:10.30929/1995-0519.2019.1.141-145
159. Микиша ДО. Скандинавська ходьба як засіб рухової активності для студентів медичних груп. Doctoral dissertation. 2013. Сумський державний університет.
160. Selak V, Elley CR, Bullen C, Crengle S, Wadham A, Rafter N, et al. Effect of fixed dose combination treatment on adherence and risk factor control among patients at high risk of cardiovascular disease: randomised controlled trial in primary care. *Bmj*. 2014;348. doi:10.1136/bmj.g3318.
161. Булатевич Н, Батракіна Є. Психологічні особливості осіб, які займаються волонтерською діяльністю. *Психологічні перспективи*. 2019;33:10-23.

Додаток 1**Опитувальник по прихильності «8-item Morisky Medication Adherence Scale» (MMAS-8)**

1. Чи не забуваєте ви інколи приймати ваші ліки від підвищеного рівня артеріального тиску?
Так Ні
2. За минулі 2 тижні, чи був день коли ви забували приймати ваші ліки від підвищеного рівня артеріального тиску?
Так Ні
3. Ви коли-небудь припиняли приймати ліки від тиску або зменшували дозу без відома вашого лікаря тому, що ви відчували себе гірше, ніж було до цього?
Так Ні
4. Чи буває, що ви забуваєте приймати ваші ліки, перебуваючи в дорозі або поза домом?
Так Ні
5. Чи приймали ви ваші ліки від підвищеного тиску вчора?
Так Ні
6. Чи припиняєте ви прийом ліків, коли відчуваєте, що ваш тиск під контролем?
Так Ні
7. Чи не засмучувала вас коли-небудь необхідність суворо дотримуватися схеми лікування вашого підвищеного рівня артеріального тиску?
Так Ні
8. Як часто ви відчуваєте труднощі, в запам'ятовуванні часу прийому ліків від вашого підвищеного тиску?
Ніколи / практично ніколи / іноді / часто / завжди

Додаток 2

Госпітальна Шкала Тривоги і Депресії (HADS)

Кожному твердженню відповідає 4 варіанта відповіді.

Виберіть те, що найбільше відповідає Вашому стану.

Частина I (оцінка рівня тривоги)

1. Я відчуваю напругу, мені не по собі

- 3 - весь час
- 2 - часто
- 1 - час від часу, іноді
- 0 - зовсім не відчуваю

2. Я відчуваю страх, здається, що щось жахливе може ось-ось статися

- 3 - безумовно це так, і страх дуже великий
- 2 - так, це так, але страх не дуже великий
- 1 - іноді, але це мене не турбує
- 0 - зовсім не відчуваю

3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові

- 3 - постійно
- 2 - більшу частину часу
- 1 - час від часу і не так часто
- 0 - тільки іноді

4. Я легко можу присісти і розслабитися

- 0 - безумовно, це так
- 1 - напевно, це так
- 2 - лише зрідка, це так
- 3 - зовсім не можу

5. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння

- 0 - зовсім не відчуваю
- 1 - іноді
- 2 - часто
- 3 - дуже часто

6. *Я відчуваю неспокій, мені постійно потрібно рухатися*

- 3 - безумовно, це так
- 2 - напевно, це так
- 1 - лише в деякій мірі, це так
- 0 - зовсім не відчуваю

7. *У мене буває раптове відчуття паніки*

- 3 - дуже часто
- 2 - досить часто
- 1 - не так вже й часто
- 0 - зовсім не буває

Частина II (оцінка рівня депресії)

1. *Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття*

- 0 - безумовно, це так
- 1 - напевно, це так
- 2 - лише в дуже малому ступені, це так
- 3 - це зовсім не так

2. *Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне*

- 0 - безумовно, це так
- 1 - напевно, це так
- 2 - лише в дуже малому ступені, це так
- 3 - зовсім не здатний

3. *Я відчуваю бадьорість*

- 3 - зовсім не відчуваю
- 2 - дуже рідко
- 1 - іноді
- 0 - практично весь час

4. *Мені здається, що я став все робити дуже повільно*

- 3 - практично весь час
- 2 - часто

1 - іноді

0 - зовсім немає

5. Я не стежу за своєю зовнішністю

3 - безумовно, це так

2 - я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 - може бути, я став менше приділяти цьому часу

0 - я стежу за собою так само, як і раніше

6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення

0 - точно так само, як і зазвичай

1 - так, але не в тій мірі, як раніше

2 - значно менше, ніж зазвичай

3 - зовсім так не вважаю

7. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

0 - часто

1 - іноді

2 - рідко

3 - дуже рідко

Додаток 3

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації

Холмса і Рея

№	Життєві обставини	бали
1	Смерть чоловіка (дружини)	100
2	Розлучення	78
3	Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення), розрив з партнером	65
4	Тюремне ув'язнення	63
5	Смерть близької особи	63
6	Серйозна травма чи захворювання	53
7	Одруження, весілля	50
8	Звільнення з роботи	47
9	Примирення подружжя	45
10	Вихід на пенсію	45
11	Зміна стану здоров'я одного з членів сім'ї	44
12	Вагітність (ваша, якщо ви жінка, чи вашої партнерки)	40
13	Сексуальні проблеми	39
14	Поява нового члена сім'ї, народження дитини	39
15	Зміна місця роботи	39
16	Зміна фінансового стану	38
17	Смерть близького друга	37
18	Зміна профорієнтації, зміна місця роботи	36
19	Посилення конфліктності у відносинах з чоловіком (дружиною)	35
20	Кредит чи займ на велику покупку (авто, будинок)	31
21	Закінчення строку виплати кредиту чи займу, борги, що зростають	30
22	Зміна посади, службової відповідальності	29
23	Син чи дочка покидають батьківський дім	29
24	Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29
25	Видатне особисте досягнення, успіх	28
26	Чоловік (дружина) кидає місце роботи (приступає до роботи)	26
27	Початок чи закінчення навчання в навчальному закладі	26
28	Зміна в умовах життя	25
29	Відмова від будь-яких індивідуальних звичок, зміна стереотипів поведінки	24
30	Проблеми і конфлікти з керівництвом	23
31	Зміна умов праці чи робочого часу	20
32	Зміна місця проживання	20
33	Зміна місця навчання	20

34	Зміна звичок, пов'язаних з проведенням дозвілля чи відпустки	19
35	Зміна звичок пов'язаних з віросповіданням	19
36	Зміна в суспільній діяльності	18
37	Менш великий кредит чи займ (для покупки комп'ютера, телевізора і т.д.)	17
38	Зміна звичок, пов'язаних зі сном, порушення сну, зміна режиму дня	16
39	Зміна числа проживаючих разом членів сім'ї, зміна характеру і частоти зустрічей з іншими членами сім'ї	15
40	Зміна звичного характеру харчування (дієта, зміна апетиту і т. п.)	15
41	Відпустка	13
42	Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
43	Незначні проступки (штраф за проїзд без квитка і т.п.)	11

Додаток 4

Короткий опитувальник оцінки статусу здоров'я MOS SF-36 (2011 р.)

1. Як би Ви загалом оцінили стан Вашого здоров'я (обведіть одну цифру):

- Відмінне..... 1
 Дуже гарне..... 2
 Гарне..... 3
 Посереднє..... 4
 Погане..... 5

2. Як би Ви загалом оцінили своє здоров'я зараз у порівнянні з тим, що було рік тому (обведіть одну цифру):

- Значно краще, ніж рік тому..... 1
 Дещо краще, ніж рік тому..... 2
 Приблизно так, як рік тому..... 3
 Дещо гірше, ніж рік тому..... 4
 Набагато гірше, ніж рік тому..... 5

3. Наступні питання стосуються фізичних навантажень, з якими Ви стикаєтесь протягом свого звичайного дня:

Чи обмежує Вас стан вашого здоров'я в даний час у виконанні наведених нижче фізичних навантажень? Якщо так, то якою мірою? (обведіть одну цифру у кожному рядку)	Так, значно обмежує	Так, незначно обмежує	Ні, зовсім не обмежує
А. Тяжкі фізичні навантаження, такі як біг, підняття ваги, заняття силовими видами спорту	1	2	3
Б. Помірні фізичні навантаження, такі як пересунути стіл, попрацювати з пирососом, збирати гриби чи ягоди	1	2	3
В. Підняти чи нести сумку із продуктами	1	2	3
Г. Піднятися пішки сходами на кілька прольотів	1	2	3
Д. Піднятися пішки сходами на один проліт	1	2	3
Е. Нахилитися, стати на коліна, сісти навпочіпки	1	2	3
Ж. Пройти відстань більше одного кілометра	1	2	3
З. Пройти відстань у кілька кварталів	1	2	3
И. Пройти відстань в один квартал	1	2	3
К. Самостійно обмитися, одягнутися	1	2	3

4. Чи бувало за останні 4 тижні так, що Ваш фізичний стан викликав труднощі у Вашій роботі чи іншій повсякденній діяльності, внаслідок чого: (обведіть одну цифру у кожному рядку):

	Так	Ні
А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на працю або інші справи	1	2
Б. Виконали менше, ніж планували	1	2
В. Ви були обмежені у виконанні будь-якого певного виду робіт або іншої діяльності	1	2
Г. Були труднощі при виконанні своєї роботи або інших справ (наприклад, вони потребували додаткових зусиль)	1	2

5. Чи бувало за останні 4 тижні, що Ваш емоційний стан викликав труднощі у Вашій роботі чи іншій повсякденній діяльності, внаслідок чого: (обведіть одну цифру у кожному рядку):

	Так	Ні
А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на працю або інші справи	1	2
Б. Виконали менше, ніж планували	1	2
В. Виконували свою роботу або інші справи не так акуратно, як зазвичай	1	2

6. Наскільки Ваш фізичний та емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав Вам проводити час із сім'єю, друзями, сусідами чи у колективі? (обведіть одну цифру у кожному рядку):

Зовсім не заважав..... 1
 Небагато..... 2
 Помірно..... 3
 Сильно..... 4
 Дуже сильно..... 5

7. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували за останні 4 тижні? (обведіть одну цифру у кожному рядку):

Зовсім не відчував..... 1
 Дуже слабкий..... 2
 Слабкий..... 3

- Помірний..... 4
 Сильний..... 5
 Дуже сильний..... 6

8. Наскільки біль протягом останніх 4 тижнів заважав Вам займатися Вашою нормальною роботою (включаючи роботу поза домом чи вдома)? (обведіть одну цифру у кожному рядку):

- Зовсім не заважав..... 1
 Трохи..... 2
 Помірно..... 3
 Сильно..... 4
 Дуже сильно..... 5

9. Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували і яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів:

Будь ласка, на кожне запитання дайте одне відповідь, яка найбільше відповідає Вашим відчуттям (обведіть одну цифру)	Весь час	Більшу частину часу	Часто	Інколи	Рідко	Жодного разу
А. Ви відчували себе бадьорим (ою)?	1	2	3	4	5	6
Б. Ви сильно нервували?	1	2	3	4	5	6
В. Ви відчували себе таким(ою) пригніченим(ою), що ніщо не могло Вас підбадьорити?	1	2	3	4	5	6
Г. Ви відчували себе спокійним(ою) і умиротвореним (ою)?	1	2	3	4	5	6
Д. Ви відчували себе повним (ою) сил та енергії?	1	2	3	4	5	6
Е. Ви відчували себе впавшим(ою) духом та сумним(ою)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Ви відчували себе змученим?	1	2	3	4	5	6
З. Ви відчували себе щасливим?	1	2	3	4	5	6
И. Ви відчували себе втомленим?	1	2	3	4	5	6

10. Як часто за останні 4 тижні Ваш фізичний чи емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з людьми (*відвідувати друзів, родичів тощо*)?(*обведіть одну цифру у кожному рядку*):

- Весь час..... 1
 Більшість часу..... 2
 Іноді..... 3
 Рідко..... 4
 Жодного разу..... 5

11. Наскільки вірним або невірним видаються по відношенню до Вас кожне з нижче перерахованих тверджень?(*обведіть одну цифру*)

	Однозначно вірнo	В основному вірнo	Не знаю	В основному не вірнo	Однозначно не вірнo
А. Мені здається, що я більш схильний до хвороб, ніж інші	1	2	3	4	5
Б. Моє здоров'я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих	1	2	3	4	5
В. Я чекаю, що моє здоров'я погіршиться	1	2	3	4	5
Г. У мене чудове здоров'я	1	2	3	4	5

Додаток 5

РЕКОМЕНДАЦІЇ

для міських і сільських жителів з підвищеним артеріальним тиском НЕ ВИМІРЮЮЧИ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК, НЕМОЖЛИВО ВИЯВИТИ ЗАХВОРЮВАННЯ!

Під артеріальною гіпертензією розуміють підвищення артеріального тиску понад 140 та 90 мм. рт. ст. Постійно підвищений артеріальний тиск (гіпертонічна хвороба) може призвести до інсульту, ішемічної хвороби серця (стенокардія), інфаркту міокарда, серцевої та ниркової недостатності. Артеріальну гіпертензію повністю вилікувати неможливо, однак підвищений артеріальний тиск можна тримати під контролем. Причини артеріальної гіпертензії залишаються невідомими у 90% випадків. Проте відомі певні фактори, що збільшують ризик розвитку артеріальної гіпертензії. Чим раніше буде виявлена артеріальна гіпертензія і розпочато контроль за нею в динаміці, тим менший ризик розвитку ускладнень гіпертонічної хвороби в майбутньому.

Профілактика артеріальної гіпертонії поділяється на первинну та вторинну.

Первинна профілактика гіпертензії – це запобігання виникненню хвороби. Тобто даної профілактики повинні дотримуватися здорові люди, тій чий АТ поки що не перевищує нормальних цифр. Наведений нижче комплекс (табл. Д1) оздоровчих заходів допоможе не лише довгі роки утримувати АТ в нормі, а й позбавитися зайвої маси тіла та значно покращити загальне самопочуття.

Особливості впливу на кориговані рейтингові фактори ризику в залежності від територіальної приналежності пацієнтів з гіпертонічною хворобою

<p align="center">Фізичне навантаження</p> <p><i>Міські жителі! / сільські жителі</i></p>	<p>Будь-які фізичні вправи в осіб з м'якою та помірною АГ сприяють підвищенню фізичної працездатності організму. Однак, вправою вибору є «скандинавська ходьба», яка доступна для виконання всім, незалежно від місця проживання, тяжкості перебігу і коморбідності гіпертонічної хвороби. Рекомендується приділяти фізичним вправам по 30 хвилин на день, поступово збільшуючи навантаження від слабкого до помірного (3-5 разів на тиждень).</p>
<p align="center">Низькосольова дієта</p> <p><i>Міські жителі / сільські жителі</i></p>	<p>Кількість кухонної солі слід обмежити до 5 г (1 чайна ложка). Слід врахувати, що багато продуктів (сири, копченості, соління, ковбасні вироби, консерви, майонез та ін.) самі по собі містять багато солі.</p>
<p align="center">Обмеження тваринних жирів</p> <p><i>Міські жителі / сільські жителі!</i></p>	<p>Поступово витісніть зі свого раціону вершкове масло, сири, ковбаси, сметану, сало та смажені котлети додатковою кількістю овочів та фруктів, олії та нежирної риби. Вважайте за краще знежирені молочні продукти. Таким чином, Ви зможете контролювати вміст холестерину в крові (профілактика атеросклерозу), нормалізувати масу тіла та одночасно збагатити свій раціон калієм, який дуже корисний при артеріальній гіпертензії. Бажано їсти не менше 5 порцій овочевих чи фруктових салатів, десертів на день.</p>
<p align="center">Психологічне розвантаження</p>	<p>Стрес – одна з основних причин підвищення артеріального тиску. Тому дуже важливо освоїти методи психологічного</p>

<p><i>Міські жителі! / сільські жителі</i></p>	<p>розвантаження — аутотренінг, самонавіювання, медитацію. Важливо прагнути бачити у всьому позитивні сторони, знаходити в житті радість, працювати над своїм характером, змінюючи його у бік більшої терпимості до чужих вад, оптимізму, врівноваженості. Піші прогулянки, спорт, хобі та спілкування з домашніми тваринами також допомагають підтримувати душевну рівновагу.</p>
<p>Відмова від шкідливих звичок <i>Міські жителі / сільські жителі</i></p>	<p>Шкідливі звички та АГ – це несумісне поєднання, яке здебільшого призводить до трагічних наслідків. Потрібно повністю відмовитися від куріння, а також скоротити дозу вживання алкоголю.</p>

Вторинна профілактика гіпертензії – проводиться, якщо у пацієнта встановлено діагноз «артеріальна гіпертензія», яка включає два компоненти: немедикаментозне лікування та антигіпертензивну (лікарську) терапію.

Якщо Вам поставили діагноз артеріальної гіпертензії, Вам необхідно:

1. Обов'язково приймати всі препарати, які призначив лікар (дотримуйтеся рекомендацій лікаря та обов'язково прочитайте інструкцію);
2. Ніколи не пропускайте прийом ліків через те, що Ваш артеріальний тиск в нормі. Краще обговоріть Ваші спостереження з лікарем;
3. Не припиняйте прийом препаратів, якщо показники артеріального тиску стали нормальними. Вони стали нормальними саме тому, що Ви приймаєте медикаменти.

Кожен міський і сільський житель повинен дотримуватися наступних правил, які допоможуть йому в боротьбі з підвищеним артеріальним тиском.

1. Зміна способу життя – обов'язкова умова успішного лікування. Доведено, що за незміненого способу життя набагато складніше

знизити артеріальний тиск, навіть застосовуючи комбінації найефективніших, найсучасніших препаратів.

2. Обмежте вживання кухонної солі, яка затримує рідину в організмі, тим самим підвищує артеріальний тиск.
3. Відмовтесь від вживання тваринних жирів, солодоців, копчених страв і «перехоплення бутербродами» між їжею. Втрата зайвих 5 кг маси тіла знижує артеріальний тиск на 5,4 мм. рт. ст.
4. Припиніть куріння, яке звужує кровоносні судини, що стає причиною порушень місцевого кровообігу та підвищення артеріального тиску.
5. Не допускайте підйому артеріального тиску та серцебиття через надмірний прийом кави та міцного чаю – чашка кави або чаю не протипоказана пацієнтам з артеріальною гіпертензією, але не рекомендується протягом дня випивати більше 2-3 чашок. Вибирайте сорти кави без кофеїну, краще використовуйте корисні трав'яні збори.
6. Обмежте вживання спиртних напоїв. Зловживання алкоголем може призвести до різкого підвищення артеріального тиску.
7. Дотримуйтеся режиму рухової активності, оскільки рух зберігає форму і є «найкращим тренером» системи кровообігу. Для пацієнтів із підвищеним тиском рекомендується «скандинавська ходьба» із поступовим збільшенням фізичного навантаження. При ходьбі пульс не повинен перевищувати 110-120 ударів на 1 хвилину.
8. Навчіться розслаблятися, уникайте стресових ситуацій. Під час відпочинку артеріальний тиск знижується сам по собі; опануйте вправи на розслаблення.
9. Регулярно контролюйте рівень тиску та перебувайте під постійним наглядом у свого лікаря.

Для того щоб подолати стрес, скористайтеся кількома наведеними нижче рекомендаціями:

1. Прагніть до вищої, з доступних цілей і не вступаєте в боротьбу через дрібнички;

2. Робіть по відношенню до інших так, як хотіли б, щоб вони поводитися з Вами;
3. Не намагайтеся зробити все відразу;
4. Не забувайте про відпочинок. Монотонна робота втомлює, а зміна занять – навпаки, допомагає зберегти сили та здоров'я;
5. Цінують радість справжньої простоти життєвого укладу;
6. Намагайтеся бачити світлі сторони подій та людей;
7. Якщо необхідно почати гнітючу неприємну для Вас справу (розмову), не відкладайте її на "потім";
8. Перш, ніж щось зробити в конфліктній ситуації, зважте свої сили і доцільність дій;
9. Намагайтеся побачити свої "плюси", навіть у разі невдачі в якійсь справі (або розмові);
10. Ставте реальні та важливі цілі у будь-якій справі. Заохочуйте себе досягненням поставленої мети.

ДОДАТОК 6

1. Черкун МП, Катеренчук ІІ. Інформованість міських і сільських жителів про фактори ризику гіпертонічної хвороби як передумови прихильності до лікувально-профілактичних заходів. Україна. Здоров'я нації. 2020; 2 (59):155-159.

2. Черкун МП, Катеренчук ІІ. Вплив психосоматичних факторів на клінічні особливості коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби та прихильність до антигіпертензивної терапії у міських і сільських жителів. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020;2:189-194.

3. Черкун МП. Причини зниження прихильності до лікування гіпертонічної хвороби у сільських та міських жителів. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2023;2.1:87-91.

4. Черкун МП, Катеренчук ІІ. Порівняльна оцінка показників якості життя сільських і міських жителів з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби. Світ медицини та біології. 2023;2(84):167-171.

5. Черкун МП. Вплив тривоги і депресії на фізичний компонент якості життя сільського і міського населення з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2023, 23.4: 167-170.

6. Черкун МП. The impact of anxiety and depression on the mental well-being of patients with hypertensive disease. Clinical and Preventive Medicine, 2023, 6: 61-67.

Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів конференції

7. Катеренчук ІІ, Черкун МП. Виявлення модифікованих факторів ризику та їх профілактика у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, асоційованою з терапевтичними захворюваннями психосоматичного генезу. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Превентивна медицина: реалії та перспектива» Чернівці, 18-19 жовтня 2018 р., с. 96-97.

8. Катеренчук ІІ, Черкун МП, Рустамян СТ, Тесленко ЮВ. «Особливості поєднаного впливу факторів кардіоваскулярного ризику на коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ІХС і ХХН у міських та сільських жителів». Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої до 100-річчя від дня народження акад. Л.Т. Малої «Ювілейні терапевтичні читання. Клінічна та профілактична медицина: досвід та нові напрямки розвитку». 11-12 квітня 2019 р., Харків. С.103.

9. Черкун МП, Катеренчук ІІ. «Адаптаційний потенціал особистості у міських і сільських жителів з коморбідним перебігом артеріальної гіпертензії». Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» Полтава, 22 листопада 2019 р., с.27-28.