

УДК 616.89-008.454-02:616.12-008.331.1

*Н.І. Пастернак,**О.С. Юрценюк*Вищий державний навчальний заклад
України "Буковинський державний
медичний університет", м. Чернівці**ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У
ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)****Ключові слова:** тривожні розлади,
депресивні розлади, артеріальна
гіпертензія.**Резюме.** У статті представлена загальна характеристика,
особливості діагностики та основні аспекти лікування тривожних
та депресивних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпер-
тензією. Розглянуто дані останніх українських та закордонних
публікацій.

XXI століття - час стресів і перевантажень, переважно психічних. Внаслідок цього поширеність психічних розладів (за даними епідеміологічної програми Національного інституту психічного здоров'я, США) в популяції становить 32,7 %, а якщо вилучити розлади, зумовлені зловживанням психоактивними речовинами, - 22,5 %. Найбільш характерні афективні (22,9 %) розлади. Важкі депресії в загальній структурі захворювання займають 5,9 %, тривожні розлади - 8,3 %, дистимії - 3,3 %. До 15 % хворих з депресією здійснюють суїцидальні спроби [22, 33, 47, 73].

Серед основних причин смертності населення України в січні 2013 р. перше місце продовжують посідати хвороби системи кровообігу (68,2 %). Прогнози щодо захворюваності в світі та Україні вказують на збереження виявленої тенденції до зростання [22, 33, 47, 73]. Близько 50% осіб літнього віку страждають на гіпертонічну хворобу, причому це переважно жінки. З віком гіпертонічна хвороба обтяжується атеросклерозом, серцевою недостатністю, порушеннями серцевого ритму. Близько 25 % пацієнтів одночасно мають три та більше соматичних захворювань. Однак, світові тенденції характеризуються стрімким збільшенням питомої ваги афективної патології. На сьогоднішній день на поширеність неспсихотичних емоційних розладів припадає близько третини серед розладів психіки та поведінки та 64 % від поширеності афективних розладів [28]. Згідно з прогнозами експертів ВООЗ, до 2020 р. депресія стане другою за частотою причиною захворюваності у світі [32, 10].

Дані численних популяційних досліджень засвідчують, що поза увагою фахівців-психіатрів залишається значна частина осіб, які страждають на психічні розлади [35, 67, 26, 27, 50, 64]. Перш за все, мова йде про порушення неспсихотичного рівня, оскільки психотичні розлади виявляють в 12 разів яскравіше [23]. Відмінною особливістю депресивних станів є неухильне збільшення питомої ваги невротичних та сомато-

генних форм порівняно з класичними ендогенними депресіями (в загальній структурі депресивної патології частка неспсихотичних форм перевищує 60 %) [2, 16-20].

Гіпертонія є провідною причиною смертності в усьому світі [57, 71, 31]. Це багатофакторне захворювання, яке може бути ефективно проліковане за допомогою корекції способу життя і / або фармакотерапії. Останні дослідження показують, що, незважаючи на поліпшення діагностики та лікування, рівень гіпертензії у світі не зменшується [72, 31]. Щоб переломити цю тенденцію, потрібно поліпшити розуміння етіології артеріальної гіпертензії та визначити оптимальну стратегію профілактики [31].

Згідно з дослідженням Kearney та ін. загальне число дорослих з артеріальною гіпертензією (АГ) в 2025 році збільшиться до 1 млрд 560 тис [53]. Виявлення та характеристика факторів ризику розвитку АГ залишаються важливими для суспільної охорони здоров'я та клінічної медицини. АГ має багатофакторну етіологію, де генетичні, а також психосоціальні та екологічні фактори, є однаково важливими [43, 56]. Однак є певні фізіологічні процеси, при яких зв'язок між психосоціальними факторами і гіпертензією не повною мірою зрозумілий [34, 60, 74].

Тривога - одне з найбільш поширених психічних захворювань у дорослих і є однією з основних проблем громадської охорони здоров'я в багатьох країнах, [61, 65] що приносить шкоду здоров'ю та знижує якість життя [62]. Деякі дослідження показують, що тривога пов'язана з гіпертонією, люди з тривогою мають більш високий ризик розвитку гіпертонії, ніж ті, в кого тривога відсутня [32, 46, 51, 69]. Крім того, хворі на АГ мають більш високий ризик тривожних розладів, ніж без гіпертензії [48, 49].

Паралельно з гіпертонією психічні розлади також становлять значний тягар для здоров'я [66]. Депресивні і тривожні (наприклад, панічний розлад і генералізований тривожний розлад) розлади

є найчастіше діагностованими розладами [45]. Кілька мета-аналітичних досліджень показали, що розлади настрою збільшують ризик розвитку серцево-судинних захворювань в геометричній прогресії [70, 58]. Існує значна кореляція між депресією і тривогою як факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань [59], інші доводять, що депресивні та тривожні розлади є незалежними факторами ризику [52, 54].

Емоційні розлади у вигляді підвищеної тривожності та/або депресії виявляються у 47 % пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ), погіршують загальне самопочуття й можуть посилювати соматичні скарги на головний біль, запаморочення, підвищену втомлюваність, зниження працездатності, пам'яті та уваги [25]. Часто депресії не діагностуються лікарями загальної практики, а хворі з депресивними розладами не отримують адекватної терапії. Це пов'язано зі складністю клінічної картини, схожістю симптомів серцево-судинних захворювань (ССЗ) та депресії, а також тим, що лікарі вважають прояви депресії "нормальною" реакцією хворого при важкому перебігу ГХ та інших ССЗ. Поліморфізм проявів, амбулаторний рівень порушень, відсутність настороженості щодо психічних розладів сприяють збільшенню кількості "занедбаних" випадків депресій, хроніфікації даних розладів і, як наслідок, порушенню соціально-психологічного функціонування та зниженню якості життя пацієнтів. Хворі також схильні до анозогнозії афективних проявів. Маючи виражену депресію та відзначаючи в себе пригнічений настрій, вони воліють не кваліфікувати це як психічний розлад. На противагу цьому, проявам соматичного захворювання (при ГХ - це рівень артеріального тиску (АТ)) надається особливе значення. Відомо, що депресія часто супроводжує гіпертонію з кризовим типом перебігу, суттєво збільшує вартість лікування, погіршує прогноз, поєднується з високим ризиком інсультів, інфарктів, підвищує смертність хворих із хронічною серцевою недостатністю, яка є результатом усіх органічних ССЗ [3, 29].

Як зазначає у результатах власних досліджень І.Ф. Здорик для клінічної картини депресивних розладів у жінок, які страждають на АГ, характерний широкий спектр соматичних скарг та симптомів: лабільність артеріального тиску, серцебиття, підвищена втомлюваність, поганий сон, зниження пам'яті, метеочутливість, відчуття внутрішнього напруження, головний біль, запаморочення, гіперестезія до звуків та світла, алгії різної локалізації, диспептичні розлади, порушення сексуальної сфери. У багатьох пацієнтів просте-

жувався особливий тип мислення, так зване "негативне мислення", для якого притаманна фіксація на негативних сторонах життя, подій, емоцій та власної особистості, схильність бачити в негативному світлі життя та своє майбутнє. З розвитком депресивного розладу схильність до "негативного мислення" виявляла тенденцію до заглиблення. Більшість хворих відзначали погіршення загального самопочуття, коливання настрою в бік негативного полюса, зростання відчуття внутрішнього напруження, підвищення артеріального тиску, неспокійний сон [9].

Відзначено вплив особливостей сімейних традицій, типів міжособистісних взаємин на перебіг депресії. Згідно з даними (Здорик І.Ф., 2013), гарні взаємини з родичами відмічала третина опитаних (30,4 %), конфліктні або нестійкі - 10,8 % та 35,3 % осіб, нейтральні з елементами "відгородженості", скупістю емоційного відгуку та підтримки - 23,5 % жінок. Установлено, що найбільшу питому вагу в структурі депресивних розладів, поєднаних з гіпертонічною хворобою, мав тривожно-депресивний синдром, який спостерігався у 56 (54,9 %) жінок. Основними проявами його є поєднання пригніченого настрою з тривогою, рідше - зі страхом. Тривога проявлялась відчуттям напруження ("натягнутої струни"), занепокоєнням, неухважністю, зниженою здатністю до зосередження, метушливістю, намаганням контролювати перебіг подій, труднощами у переключенні від негативних думок до позитивних, неможливістю розслабитися. При втраті контролю над життєвими ситуаціями рівень тривоги різко збільшувався, що супроводжувалося вираженими соматовегетативними проявами: підвищенням артеріального тиску, серцебиттям ("наче серце вискочить"), відчуттям жару, нестачею повітря, пітливістю, головним болем (стискаючого характеру за типом "каска"), відчуттям внутрішнього тремтіння, похолоданням кінцівок, їх мармуровим забарвленням, диспептичними (здуттям живота) та дизуричними (частим сечовипусканням) проявами [9].

Розлади сну проявлялися труднощами засипання, тривожними думками та спогадами, поверхневим рівнем сну, пробудженнями серед ночі, великою кількістю сновидінь, іноді нічними жахами. Яскравий афект тривоги перебігав на тлі пригніченого настрою, втрати зацікавленості до занять, які раніше приносили задоволення, неспроможності радіти, швидкої виснажливості, втоми.

За даними проведеного дослідження (Здорик І.Ф., 2013), виявлена широка розповсюдженість депресивних розладів (32,9 %) у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу. За своєю структу-

рою депресивні розлади неоднорідні і виражені основними синдромами: тривожно-депресивним у 54,9 %, астено-депресивним у 37,3 %, депресивно-іпохондричним у 7,8 % випадків [9].

Депресивні розлади при цереброваскулярній патології та артеріальній гіпертензії мають такі особливості: депресивна симптоматика характеризується поліморфізмом, відсутня чітка кореляція між важкістю органічного ураження мозку та ступенем клінічних проявів депресії, часто спостерігається поєднання депресивної та тривожної симптоматики, порушення сну, значна кількість соматовегетативних скарг, наявні виражені когнітивні порушення [4-8, 15].

Результати численних досліджень засвідчують, що нормалізація психологічного стану у людей з гіпертонічною хворобою значною мірою знижує реакцію серцево-судинної системи на стресові ситуації. Своєчасне виявлення і корекція цих розладів дозволяє швидше досягти терапевтичного ефекту у пацієнтів, що зазнають різких підйомів артеріального тиску. При лікуванні тривожних та депресивних розладів у хворих на АГ застосовується принципи комплексності, індивідуальності, стадійності у структурі системи лікування та реабілітації, що включає анксиолітичну психофармакотерапію, психотерапію та медико-психологічну реабілітацію. Фармакотерапевтичний супровід психотерапії повинен забезпечувати зниження рівня депресії та тривоги з мінімальними проявами побічних ефектів, взаємодії з іншими препаратами [11].

Основи комплексної терапії серцево-судинного захворювання узгоджуються з комплексним лікуванням значного депресивного розладу. Інші види немедикаментозної терапії депресії, такі як психотерапія та ін., ефективні та безпечні для людей звичайними формами серцевої патології. У силу того, що взаємозв'язок між депресією та серцево-судинними захворюваннями встановлюється все більш чітко, стали проводитися дослідження, спрямовані на вивчення медикаментозних і немедикаментозних методів лікування таких хворих.

У дослідженнях MIND-IT і ENRICHD дослідники не змогли довести, що лікування депресії призводить до покращення результатів лікування основного захворювання після перенесеного інфаркту міокарда. І до нинішнього часу не проведено жодного статистично вірогідного дослідження, щоб переконливо перевірити цю гіпотезу [36-40, 42]. Тобто проведені дослідження та їх результати дають усі підстави для розробки більш сучасних методів терапії депресії у хворих з серцево-судинними захворюваннями, а також в

осіб із підвищеним ризиком цієї патології [44]. Проблемам ефективної терапії приділяється постійна увага, проводиться пошук ефективних і безпечних медикаментозних засобів [1, 24, 30].

Незважаючи на те, що антидепресанти першого покоління показали себе ефективними в лікуванні більшості пацієнтів з клінічно вираженою депресією, ці ліки викликають низку побічних ефектів, через які їх застосування обмежене в цієї групі хворих [41]. Наприклад, трициклічні антидепресанти можуть викликати аритмію в постінфарктному періоді та протипоказані хворим з коронарною хворобою та аритміями [68]. З появою антидепресантів наступного покоління, зокрема СИЗЗС, безпечніших для пацієнтів з цією патологією, ніж трициклічні антидепресанти, арсенал засобів для терапії депресії у хворих із серцево-судинними захворюваннями був розширений [41].

Пацієнти з психічними порушеннями тривожного і депресивного регістрів в першу чергу потребують психотерапевтичної корекції емоційного стану. Однак дані досліджень ефективності різних методів психотерапії при психосоматичній патології суперечливі, в частині з них відзначаються істотні труднощі у встановленні терапевтичного контакту, виборі методів і менше, ніж у пацієнтів із невротичною патологією, ефективність традиційних психотерапевтичних підходів [11-14].

Багаторічними дослідженнями підтверджена доцільність застосування сучасних антидепресантів при наявності депресії. Мова йде не тільки про можливість усунення вираженої депресії у хворих ІХС, але й про сприятливий вплив на функціональні показники діяльності серця. При цьому кращим представляється вибір препаратів збалансованої дії, що сполучає власне антидепресивний і анксиолітичний ефекти [21].

Висновки

Отже, опираючись на сучасні дані, можна вважати, що застосування антидепресантів при наявності верифікованих ознак депресії у хворих з ССЗ не тільки виправдано для усунення депресії, але й поліпшує прогноз соматичного захворювання.

Література. 1. Бурчинський С. Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології / С. Г. Бурчинський // Ліки. - 2004. - № 5-6. - С. 28-32. 2. Бурячковская, Л. И. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний / Бурячковская, Л. И., Полякова Е. О., Сумароков А. Б. // Терапевтический архив. - 2006. - № 11. - С. 87-92. 3. Васюк Ю. А. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии : монография / Ю. А. Васюк, Т. В. Довженко, Е. Л. Школьник [и др.]. - М.: Анахарсис, 2009. - 200 с. 4. Дамулин И. В. Сосудистые когнитивные нарушения у пожилых / И. В. Дамулин // Рус мед журн. - 2009. - № 17 (11). - С. 721-725. 5. Дамулин И. В.

- Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии / И. В. Дамулин // *Международный журнал неврологии*. - 2009. - № 7 (29). - С. 85-90. 6. Дроздова И. В. Межі "нормопатологія" показників іпохондрії, депресії та істерії у хворих на артеріальну гіпертензію / І. В. Дроздова, О. М. Мацуга // *Медицинські перспективи*. - 2007. - №3. - С. 12-21. 7. Свтушенко С. К. Помірні когнітивні розлади судинного генезу. Клініко-інструментальна діагностика. / С. К. Свтушенко, І. С. Луцький, Т. М. Морозова, В. А. Симонян // *Методичні рекомендації: Наукове видання* - К., 2010. - 23 с. 8. Задионченко В. С. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания: обзор литературы / В. С. Задионченко, Л. М. Барденштейн, Ю. В. Скорик, А. А. Ялымов // *Медицина критических состояний*. - 2005. - №6. - С. 26-31. 9. Здорик І. Ф. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу / І. Ф. Здорик // *Український вісник психоневрології*. - 2013. - том 21, вип. 4 (77) - С. 83-86. 10. Коростий, В. И. Возможности достижения стойкой ремиссии при лечении тревожно-депрессивных расстройств, коморбидных психосоматическим заболеваниям / В. И. Коростий, А. М. Кожица // *Український вісник психоневрології*. - 2011. - Т. 19, вип. 3 (68). - С. 42-45. 11. Коростий В. И. Опыт применения небензодиазепиновых анксиолитиков в комплексном лечении тревожных расстройств при психосоматических заболеваниях / В. И. Коростий // *Український вісник психоневрології*-2013. - том 21, вип. 3 (76) - С. 144-148. 12. Краснов В. Н. Применение афобазола в лечении тревожных расстройств / В. Н. Краснов, Д. Ю. Вельтишев, А. В. Немцов, А. А. Ивушкин // *НейроNews*.-2012. - № 7 (42) - С. 61- 65. 13. Кребс М. А. Нейробиология тревоги / М. А. Кребс // *Научная информация*.- 2000.- С. 1 - 4. 14. Левада О. А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии / О. А. Левада // *НейроNews*. - 2010. - № 2 (21). 15. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия -М.: Питер, 2008. - 621 с. 16. Марута, Н. О. Особливості діагностики та терапії депресивних розладів у віковому аспекті / Н. О. Марута, Т. В. Панько // *Український вісник психоневрології*. - 2012. - Т. 20, вип. 1 (70), додаток. - С. 51-52. 17. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *НейроNews*. - № 5 (24). - 2010. - С. 83-90. 18. Марута, Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресій та їх терапії у осіб похилого віку / Н. О. Марута // *Український вісник психоневрології*. -2011. - Т. 19, вип. 1 (66). - С. 66-72. 19. Мищенко, Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, В. Н. Мищенко // *Международный неврологический журнал*.- 2007. - № 2(12). - С. 26-30. 20. Мішиєв, В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. - Львів: Видавництво Мс, 2004. -208 с. 21. Напрєєнко О. К. Метод комплексного лікування депресивних та тривожних розладів у пацієнтів із ішемічною хворобою серця / О. К. Напрєєнко, О. С. Юрєнєнко // *Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я*. К.: Укрмедпатентінформ. - 2011. - № 199. - 3 с. 22. Пінчук, І. Я. Геронтопсихіатрична допомога : сучасні підходи / І. Я. Пінчук. // *Тернопіль : "Терно-граф"*, 2011. -244 с. 23. Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії : навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк [та ін.]. - Тернопіль : "Терно-граф", 2010. - 432 с. 24. Погосова Г. В. Психоемоціональні розлади при серцево-сосудистих захворюваннях: терапевтичні аспекти / Г. В. Погосова // *Consillium medicum*. - 2006. - Т. 8. , №35. -С. 54-57. 25. Рыжак, А. А. Когнитивные и эмоциональные расстройства у больных артериальной гипертензией / А. А. Рыжак, В. А. Парфенов // *Клиническая геронтология*. - 2001. - № 8. - С. 47. 26. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей / А. Б. Смулевич // М.: Медицинское информационное агентство, 2007. - 256 с.; ил. 27. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич // М.: Медицинское информационное агентство, 2003. - 432 с.; ил. 28. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно аналітичний огляд за 2008?2012 рр. - К., 2013. - 202 с. 29. Фрис, Я. И. Информированность населения о факторах риска сосудистых заболеваний головного мозга и клинических проявлениях инсульта / Я. И. Фрис, Л. А. Шелякина, П. Р. Камчатнов // *Инсульт : приложение к журналу неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. - 2010. - Т. 110, вып. 2 (№ 9). - С. 3-7. 30. Чебан О. С. Депресія: пошук активної антидепресивної терапії триває / О. С. Чебан, О. О Хаустова. // *Медицина світу. Спеціальний випуск: психіатрія (додаток)*. - 2006. - С. 34-40. 31. Bacon S. L. The impact of mood and anxiety disorders on incident hypertension at one year, *International Journal of Hypertension* / S. L. Bacon., T. S. Campbell, A. Arsenault, K. L. Lavoie, // Vol. 2014, Article ID 953094, 7 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/953094>. 32. Bacon SL, Campbell TS, Arsenault A, Lavoie KL. The impact of mood and anxiety disorders on incident hypertension at one year. *Int J Hypertens*. 2014;2014:953094. 33. Brown, P. Effective treatment for mental illness are not being used, WHO says // *Brit. Med. J.* - 2001. - Vol. 323. - P. 769. 34. Byrd JB, Brook RD. Anxiety in the "age of hypertension". *Curr Hypertens Rep*. 2014;16(10):486-486. 35. Cognitive function and risk for depression in old age: A meta analysis of published literature / [Huang C. Q., Wang Z. R., Li Y. H. et al.] // *Int Psychogeriatr*. - 2010; 12: 1-10. 36. Carney R. M. Low heart rate variability and the effect of depression on postmyocardial infarction mortality / R. M. Carney, J. A. Blumenthal, K. E. Freedland et al // *Arch. Intern. Med.* - 2005. - V. 165. - P. 1486-1491. 37. Carney R. M. Depression following myocardial infarction / R. M. Carney, K. E. Freedland // *Gen. Hosp. Psychiatry*. -2005. - V. 27. -P. 381-382. 38. Carney R. M. Does treating depression improve survival after acute coronary syndrome? Invited commentary on Effects of antidepressant treatment following myocardial infarction / R. M. Carney, K. E. Freedland // *Br J. Psychiatry*. - 2007. - V. 190.-P. 467-468. 39. Carney R. M. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease / R. M. Carney, K. E. Freedland, S. A. Eisen et al. // *Health Psychol.* - 1995.- V. 14. - P. 88-90. 40. Carney R. M. Depression, the autonomic nervous system and coronary heart disease / R. M. Carney, K. E. Freedland, R. C. Veith // *Psychosom. Med.* - 2005. - V. 67 (Suppl 1). - S. 29-33. month outcome: A prospective study // *Lancet*. - 2001. - V. 358. - P. 1766-1771. 41. Davidson K. W. National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Assessment and treatment of depression in patients with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report K. W. Davidson, D. J. Kupfer, J. T. Bigger [et al.] // *Psychosom. Med.* - 2006. - V. 68. - P. 645-650. 42. ENRICH Investigators. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) study intervention: Rationale and design // *Psychosom. Med.* - 2001. - V. 63. - P. 747-755. 43. Fava C, Danese E, Montagnana M, et al. Serine/threonine kinase 39 is a candidate gene for primary hypertension especially in women: results from two cohort studies in Swedes. *J Hypertens*. 2011;29(3):484-491. 44. Frasure-Smith N. Depression and other psychological risks following myocardial infarction / N. Frasure-Smith, F. Lesperance // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 2003.- V. 60. - P. 627-636. 45. Garcнa-Ortiz L, Gymez-Marcos MA, Martнn-Moreiras J, Gonzlez-Elena LJ, Recio-Rodriguez JJ, Castaco-Sнnchez Y, Grandes G, Martнnez-Salgado C. Pulse pressure and nocturnal fall in blood pressure are predictors of vascular, cardiac and renal target organ damage in hypertensive patients (LOD-RISK study) *Blood Press Monit*. 2009;14:145-151. [PubMed]. 46. Ginty AT, Carroll D, Roseboom TJ, Phillips AC, de Rooij SR. Depression and anxiety are associated with a diagnosis of hypertension 5 years later in a cohort of late middle-aged men and women. *J Hum Hypertens*. 2013;27(3):187-190. 47. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age group sin 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / [R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman et al.] // *Lancet* 2012; 380: 2095-128. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61728-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0) PMID: 23245604. - Дата звернення: 15.08.2013. 48. Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, Williams D, Myer L. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS One*. 2009;4(5):e5552. 49. Hamer M, Batty GD, Stamatakis E, Kivimaki M. Hypertension awareness and psychological distress. *Hypertension*. 2010;56(3):547-550. 50. Holms, R. J. Depression and cardiovascular pathology: epidemiology and risk factors / R. J. Holms, K. Wermeyer, Smith P. A. // *Epidemiology Studies in Neurology and Psychiatry: Practical Guidelines*. - Chicago: Illinois Univ. Press. -2002. 51. Johannessen L, Strudsholm U,

- Foldager L, Munk-Jørgensen P. Increased risk of hypertension in patients with bipolar disorder and patients with anxiety compared to background population and patients with schizophrenia. *J Affect Disord.* 2006;95(1-3):13-17. 52. Kario K, Pickering T, Umeda Y, Hoshida S, Hoshida Y, Morinari M, Murata M, Kuroda T, Schwartz JE, Shimada K. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives: a prospective study. *Circulation.* 2003;107:1401-1406. [PubMed] 53. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton P K, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2005;365(9455):217-223. 54. Knight RG, Waal-Manning HJ, Spears GF. Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale. *Br J Clin Psychol.* 1983;22:245-9. [PubMed] 55. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20:629-34. [PubMed] 56. Kowalik M. Psychosomatic aspects of arterial hypertension in women. *Ann Univ Mariae Curie Skłodowska Med.* 2004;59(1):245-249. 57. Lim S. S., Vos T., Flaxman A. D. et al., "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2010." *The Lancet*, vol. 380, no. 9859, pp. 2224-2260, 2012. 58. Li Y, Thijs L, Hansen TW, Kikuya M, Boggia J, Richart T, Metoki H, Ohkubo T, Torp-Pedersen C, Kuznetsova T, Stolarz-Skrzypek K, Tikhonoff V, Malyutina S, Casiglia E, Nikitin Y, Sandoya E, Kawecka-Jaszcz K, Ibsen H, Imai Y, Wang J, Staessen JA. International Database on Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Relation to Cardiovascular Outcomes Investigators. Prognostic value of the morning blood pressure surge in 5645 subjects from 8 populations. *Hypertension.* 2010;55:1040-1048. [PubMed] 59. Mancía G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Boudier HA, Zanchetti A. ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. 2007 ESH-ESC Practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC task force on the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2007;25:1105-1187. [PubMed] 60. Markovitz JH, Jonas BS, Davidson K. Psychologic factors as precursors to hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2001;3(1):25-32. 61. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45(11):957-967. 62. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2000;157(5):669-682. 63. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J.* 2006;27:2763-74. [PubMed] 64. Olie J. Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression / Olie J. P., JaCosta E. Silva, Macher J. P. -London: Science Press, 2004. - 75 p. 65. Reeves WC, Strine TW, Pratt LA, et al. Mental illness surveillance among adults in the United States. *MMWR Surveill Summ.* 2011;60 Suppl 3:1-29. 66. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56:38-46. 67. Rosenberg P. B. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women / P. B. Rosenberg, M. M. Mielke, Q. L. Xue et al. // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* - 2010. - № 18(3). - P. 204-211. 68. Roose S. Comparative efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclics in the treatment of melancholia / S. Roose, A. Glassman, E. Attia et al. // *Am. J. Psychiatry.* - 1994. - V. 151. - P. 1735-1739. 69. Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry.* 2014;36(2):142-149. 70. Verdecchia P, Angeli F, Mazzotta G, Garofoli M, Ramundo E, Gentile G, Ambrosio G, Reboldi G. Day-night dip and early-morning surge in blood pressure in hypertension: prognostic implications. *Hypertension.* 2012;60:34-42. [PubMed] 71. Whitworth J. A., "2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension," *Journal of Hypertension*, vol. 21, no. 11, pp. 1983-1992, 2003. 72. Wilkins K., Campbell N. R. C., Joffres M. R. [et al.], "Blood pressure in Canadian adults," *Health Reports*, vol. 21, no. 1, pp. 37-46, 2010. 73. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2013. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf. - Назва з екрану. - Дата звернення: 15.08.2013. 74. Yan LL, Liu K, Matthews KA, Daviglus ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA.* 2003;290(16):2138-2148.

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Н.И. Пастернак, О.С. Юрценюк

Резюме. В статье представлена общая характеристика, особенности диагностики и основные аспекты лечения тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией. Рассмотрены данные последних украинских и зарубежных публикаций.

Ключевые слова: тревожные расстройства, депрессивные расстройства, артериальная гипертензия.

ANXIOUS AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION (LITERATURE REVIEW)

N.Y. Pasternak, O.S. Yurtseniuk

Abstract. The article presents general characteristics, peculiarities of diagnostics and basic aspects of treatment disturbing and depressive disorders in patients with arterial hypertension. Data of the latest Ukrainian and foreign publications are considered.

Key words: anxiety disorders, depressive disorders, hypertension.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi

Clin. and experim. pathol. - 2016. - Vol.15, №1 (55). - P.201-205.

Надійшла до редакції 18.02.2016

Рецензент – проф. А.С. Борисюк

© Н.И. Пастернак, О.С. Юрценюк, 2016