



**О. М. Радченко, Л. І. Пилипів**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

## Особливості перебігу гіпертонічної хвороби у пацієнтів з високим рівнем особистісної тривожності

**Вступ.** Гіпертонічна хвороба (ГХ) зберігає провідну позицію у списку найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи. У Рекомендаціях Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2011) визначені основні чинники ризику, що впливають на прогноз у хворих на ГХ [7]: вік, серцево-судинні захворювання в анамнезі, абдомінальне ожиріння, дисліпідемія, підвищений рівень глюкози в плазмі крові та низка інших. Водночас досі остаточно не з'ясовано вклад психоемоційних розладів як у виникнення хвороби, так і в її прогресування, хоча науковці обговорюють взаємозв'язок між психоемоційним статусом пацієнтів і перебігом ГХ, частотою загострень, комплаєнсом та ефективністю лікування, якістю життя пацієнтів [3, 9, 10, 12, 13, 15].

За результатами низки досліджень, пацієнти з ГХ характеризуються високим рівнем тривожності [1, 13] та депресії [2, 12], які значно погіршують якість життя [2]. Одні дослідники вважають, що для таких хворих характерні коморбідність тривоги та депресії і пряма кореляція між їх рівнями [2], а інші – що домінують тривожні розлади, а частота істинної депресії не перевищує 3,0 % [1, 4]. Зміни психоемоційного статусу у пацієнтів з ГХ щораз частіше асоціюють із ризиком виникнення ускладнень та високої смертності від серцево-судинних захворювань [9, 12].

За деякою інформацією тривожність впливає на різні патофізіологічні процеси в організмі, зокрема, на вуглеводневий та ліпідний обмін, коагуляцію, ендотеліальну функцію, варіабельність серцевого ритму, виникнення атеросклерозу та ремоделювання лівого шлуночка [10, 12]. У літературі описано збільшення товщини комплексу

інтима-медіа у практично здорових людей з високим рівнем тривожності [11]. Попри все, особливості перебігу ГХ за умов порушень психоемоційної сфери вивчені недостатньо.

**Мета дослідження.** Визначення психоемоційного статусу пацієнтів із ГХ та характеристика особливостей перебігу ГХ у осіб з високим рівнем тривожності.

**Матеріали і методи.** Обстежено 70 хворих на ГХ віком 33–81 рік (середній вік  $61,1 \pm 1,4$  року), серед них 47 жінок (67,1 %) та 23 чоловіків (32,9 %). Середня тривалість ГХ становила  $9,6 \pm 0,7$  року. Додатково до стандартного обстеження проведено анкетування з використанням шкали самооцінки Спілберґера – Ханіна [6] для оцінки реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності, які оцінювали як низькі (менш ніж 30 балів), помірні (31–45 балів) чи високі (46 балів і більше). Контрольну групу склали 18 здорових волонтерів середнім віком  $33,4 \pm 3,3$  року. Результати опрацьовували методами варіаційної статистики за допомогою стандартних пакетів програм Microsoft Excel 2007 з використанням t-критерію Стьюдента; результати наведені у вигляді середніх значень і стандартної похибки середніх значень ( $M \pm m$ ), рівень істотності  $p < 0,05$ .

**Результати та обговорення.** Загалом у хворих на ГХ спостерігається високий рівень ОТ ( $49,7 \pm 1,0$  балів) та РТ ( $46,3 \pm 0,9$  балів), порівняно з контрольною групою ( $40,2 \pm 2,1$  та  $35,1 \pm 1,6$  балів; обидва  $p < 0,01$ ). І у дослідній, і у контрольній групах рівень ОТ істотно перевищував рівень РТ (обидва  $p < 0,05$ ). Серед усіх хворих на ГХ

низький рівень ОТ взагалі не спостерігали, помірний – виявлено у 21 пацієнта (30,0 %;  $40,0 \pm 0,8$  балів), високий – значно частіше – у 49 (70,0 %;  $53,9 \pm 0,7$  балів). Порівняно з контрольною групою істотно частіше фіксували високий рівень як ОТ, так і РТ. Методом кореляційного аналізу Пірсона визначено, що показники ОТ прямо корелювали з показниками рівня РТ ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ).

Пацієнтів поділили за рівнями ОТ на дві групи: до I групи увійшли хворі з помірним рівнем ОТ, а до II – з високим. Групи не відрізнялись за віком ( $58,3 \pm 2,6$  року і  $62,2 \pm 1,6$  року;  $p > 0,05$ ) і тривалістю ГХ ( $7,6 \pm 1,4$  року і  $10,5 \pm 0,8$  року;  $p > 0,05$ ). Кризовий перебіг ГХ частіше спостерігався у пацієнтів II групи ( $40,8 \pm 7,0$  % проти  $9,5 \pm 6,4$  %;  $p < 0,05$ ), що супроводжувалось істотно вищими значеннями систолічного ( $168,9 \pm 3,3$  мм рт. ст. та  $157,1 \pm 2,8$  мм рт. ст.;  $p < 0,05$ ) та діастолічного артеріального тиску ( $98,8 \pm 1,3$  мм рт. ст. та  $92,8 \pm 1,8$  мм рт. ст.;  $p < 0,05$ ). У обох групах було найбільше хворих з надлишковою масою тіла ( $33,3 \pm 10,3$  % та  $47,0 \pm 7,1$  %;  $p > 0,05$ ), ожиріння III ступеня зафіксовано лише у II групі ( $8,2 \pm 3,9$  % проти  $0,0$  %;  $p < 0,05$ ). Співвідношення обводів талії та стегон у обох групах однаково перевищувало норму ( $1,03 \pm 0,02$  та  $1,04 \pm 0,01$ ;  $p > 0,05$ ). Серед супутніх хвороб у пацієнтів II групи частіше домінував цукровий діабет 2-го типу ( $28,6 \pm 6,4$  % проти  $9,5 \pm 6,4$  %;  $p < 0,05$ ). За частотою інших супутніх хвороб групи істотно не відрізнялися.

Найчастіше хворі скаржились на задишку під час навантаження та загальну слабкість, а найрідше – на шум у вухах та мерехтіння "мушок" перед очима (табл. 1). У II групі частіше траплялися практично всі

скарги, крім нудоти та відчуття дискомфорту за грудниною, які реєструвалися переважно у пацієнтів з нижчою ОТ. Припускаємо, що це може бути зумовлено особливостями вегетативної іннервації, проте це потребує подальших досліджень. У хворих з високою ОТ істотно частіше виявляли підвищену пітливість ( $26,5 \pm 6,3$  % проти  $0,0$  %;  $p < 0,05$ ) та серцебиття під час навантаження ( $34,7 \pm 6,8$  % проти  $9,5 \pm 6,4$  %;  $p < 0,05$ ).

За значеннями параметри периферійної крові обох груп істотно не відрізнялися, лише рівень гемоглобіну був істотно вищим у I групі ( $141,0 \pm 2,1$  г/л проти  $134,4 \pm 2,5$  г/л;  $p < 0,05$ ). Серед хворих II групи спостерігався трохи вищий рівень лейкоцитів ( $p > 0,05$ ), проте частота лейкоцитозу у них була істотно вищою ( $20,4 \pm 5,8$  % проти  $4,8 \pm 4,7$  %;  $p < 0,05$ ), що може свідчити про вищу активність синдрому запалення за умов високої ОТ. Порівняння значень основних скринінгових біохімічних показників у хворих на ГХ з помірним і високим рівнем ОТ показало, що у пацієнтів II групи виявився істотно вищим рівень глюкози крові натще ( $6,7 \pm 0,3$  ммоль/л проти  $5,8 \pm 0,3$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ). Хоча за середніми значеннями холестерину та  $\beta$ -ліпопротеїдів групи суттєво не відрізнялися, за частотою виявлення відхилень вмісту холестерину від норми різниця між групами більш виражена: у хворих II групи частіше виявляли дуже низький ( $< 3,6$  ммоль/л,  $8,2 \pm 3,9$  % та  $0,0$  %;  $p < 0,05$ ) і дуже високий ( $> 7,2$  ммоль/л;  $22,4 \pm 6,0$  % та  $4,8 \pm 4,7$  %;  $p < 0,05$ ) рівень холестерину.

За результатами електрокардіографічного (ЕКГ) дослідження обидві групи істотно не відрізнялися, лише лівий індекс Соколова –

Таблиця 2

Ехокардіографічні показники у хворих на ГХ з помірним і високим рівнем ОТ

Показник	I група	II група	p
Правий шлуночок, см	$2,4 \pm 0,1$	$2,4 \pm 0,1$	$> 0,05$
Міжшлуночкова перегородка, см	$1,4 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$	$> 0,05$
Лівий шлуночок, діастола, см	$5,2 \pm 0,1$	$4,9 \pm 0,1$	$< 0,05$
Стінка лівого шлуночка, діастола	$1,20 \pm 0,04$	$1,20 \pm 0,03$	$> 0,05$
Фракція викиду, %	$59,4 \pm 1,6$	$58,0 \pm 1,2$	$> 0,05$
Діаметр висхідної аорти, см	$3,6 \pm 0,1$	$3,5 \pm 0,1$	$> 0,05$
Ліве передсердя, см	$4,1 \pm 0,1$	$3,9 \pm 0,1$	$> 0,05$
Індексована маса міокарда лівого шлуночка	$169,6 \pm 12,4$	$172,7 \pm 8,9$	$> 0,05$
Відносна товщина стінки лівого шлуночка	$0,50 \pm 0,02$	$0,60 \pm 0,01$	$< 0,01$

Таблиця 1

Частота виявлення основних скарг у хворих на ГХ з помірним та високим рівнем ОТ, %

Основні скарги	I група	II група	p
Загальна слабкість	$66,7 \pm 10,3$	$71,4 \pm 6,4$	$> 0,05$
Підвищена пітливість	0,0	$26,5 \pm 6,3$	$< 0,05$
Безсоння, переривання сну	$57,1 \pm 10,8$	$73,5 \pm 6,3$	$> 0,05$
Біль голови	$52,4 \pm 10,9$	$67,3 \pm 6,7$	$> 0,05$
Запаморочення	$47,6 \pm 10,9$	$63,2 \pm 6,9$	$> 0,05$
Нудота	$23,8 \pm 9,3$	$14,3 \pm 5,0$	$> 0,05$
Шум у вухах	$4,8 \pm 4,7$	$12,2 \pm 4,7$	$> 0,05$
Мерехтіння "мушок" перед очима	0,0	$4,1 \pm 2,8$	$> 0,05$
Дискомфорт за грудниною	$47,6 \pm 10,9$	$36,7 \pm 6,9$	$> 0,05$
Серцебиття під час навантаження	$9,5 \pm 6,4$	$34,7 \pm 6,8$	$< 0,05$
Задишка під час навантаження	$76,2 \pm 9,3$	$87,8 \pm 4,7$	$> 0,05$

Лайонса у II групі був істотно більшим ( $22,0 \pm 1,3$  мм проти  $18,0 \pm 1,5$  мм;  $p < 0,05$ ). Результати ехокардіографії (ЕхоКГ) (табл. 2) показали у пацієнтів I групи істотно більший кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка, тоді як у пацієнтів II групи – більший розмір відносної товщини стінки лівого шлуночка ( $p < 0,01$ ). Тобто за умов помірної вираженості ОТ переважає дилатація, а за умов високої ОТ – гіпертрофія. Це підтверджується також тим, що у пацієнтів II групи значно частіше траплялись концентричне ремоделювання ( $8,2 \pm 3,9$  % проти  $0,0$  %,  $p < 0,05$ ) та концентрична гіпертрофія лівого шлуночка ( $81,6 \pm 5,5$  % та  $57,1 \pm 10,8$  %,  $p < 0,05$ ).

Отже, виокремимо додаткові чинники ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів із високим рівнем ОТ: високий рівень артеріального тиску, абдомінальне ожиріння, підвищений рівень глюкози, часта гіпо- або гіперхолестеринемія, частіше виявлення цукрового діабету. До них слід

віднести також більш часту концентричну гіпертрофію лівого шлуночка, яку зараз визнано причиною несприятливого прогнозу та найменшого виживання [5, 8, 14].

**Висновки.** Визначення рівня ОТ, що є простим і інформативним, дає змогу прогнозувати характер перебігу ГХ. У хворих на ГХ із високим рівнем ОТ частіше спостерігаються кризовий перебіг ГХ, вищий рівень систолічного та діастолічного артеріального тиску, скарги на підвищену пітливість і серцебиття під час фізичних навантажень, ожиріння III ступеня, в аналізі периферійної крові – лейкоцитоз і анемія, вищий рівень глюкози, дуже низький і дуже високий рівень загального холестерину. За умов високої ОТ визначають більший індекс Соколова–Лайонса на ЕКГ, менший кінцево-діастолічний розмір, але більшу відносну товщину стінки лівого шлуночка на ЕхоКГ, частіше трапляються концентричне ремоделювання та концентрична гіпертрофія лівого шлуночка.

## Список літератури

1. Антонышева О. В. Профиль личности, тревожные и депрессивные расстройства у больных артериальной гипертензией / О. В. Антонышева, В. И. Козловский // Вестник ВГМУ. – 2010. – № 2. – С. 49–54.
2. Корнацький В. М. Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією / В. М. Корнацький, І. В. Третяк, В. В. Чаплінська // Український кардіологічний журнал. – 2011. – № 3. – С. 55–59.
3. Кравченко А. М. Робота, стрес і артеріальна гіпертензія / А. М. Кравченко // Рациональная фармако-терапия. – 2012. – № 3. – С. 15–18.
4. Нейрогуморальные и психоэмоциональные аспекты гипертонической болезни / С. С. Бунова, Н. Н. Карловская, А. М. Винжегина [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2008. – № 4. – С. 341–346.
5. Радченко Г. Д. Гіпертрофія лівого шлуночка, її регрес та прогноз у пацієнтів, які пройшли лікування у спеціалізованому відділенні (Результати ретроспективного 5-річного дослідження) // Г. Д. Радченко, Ю. М. Сіренко // Український кардіологічний журнал. – 2007. – № 1. – С. 54–62.
6. Райгородский Р. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Р. Я. Райгородский. – Самара: Изд. дом "Бахрах-М", 2002. – С. 59–63.
7. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / Є. П. Свіщенко, А. Е. Багрій, І. М. Горбась [та ін.]. – К.: ННЦ "Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска", 2011. – С. 8.
8. Свіщенко Є. П. Гемодинамічні предиктори несприятливого прогнозу у хворих з есенціальною гіпертензією / Є. П. Свіщенко, О. Г. Купчинська, Л. І. Зелененька // Український кардіологічний журнал. – 2007. – № 5. – С. 91–94.
9. Тревожно-депрессивные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / Т. В. Довженко, М. В. Семглазова, В. Н. Краснов [и др.] // Доктор.ру. – 2010. – № 4. – С. 39–47.
10. Усенко А. Г. Особенности течения артериальной гипертензии у мужчин в зависимости от психосоматического статуса и оптимизации лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.16 "Патологическая физиология" / А. Г. Усенко. – Новосибирск. – 2007. – 15 с.
11. Шаврин А. П. Взаимосвязь психоэмоциональных нарушений с увеличением толщины комплекса интимамедиа и развитием сосудистого микровоспаления / А. П. Шаврин, В. Б. Головской // Клиницист. – 2011. – № 4. – С. 17–21.
12. Heart and mind: (1) relationship between cardiovascular and psychiatric conditions / S. U. Shah, A. White, S. White [et al.] // Postgrad Med. J. – 2004. – Vol. 80. – N 12. – P. 683–689.
13. Prevalence of anxiety disorders in patients with essential hypertension / G. Vetere, L. Ripaldi, E. Ais et al. // Vertex. – 2007. – Vol. 18. – N 71. – P. 20–25.
14. Prognostic significance of left ventricular mass change during treatment of hypertension / R. Devereux, K. Wachtell, E. Gerds [et al.] // JAMA. – 2004. – Vol. 292. – N 19. – P. 2350–2356.
15. The role of anxiety and emotional stress as a risk factor in treatment-resistant hypertension / M. Greenage, B. Kulaksizoglu, M. Cilingiroglu [et al.] // Current Atherosclerosis Reports. – 2011. – Vol. 13. – N 2. – P. 129–131.

Стаття надійшла до редакції журналу 18.10.2012 р.

## **Особливості перебігу гіпертонічної хвороби у пацієнтів з високим рівнем особистісної тривожності**

**О. М. Радченко, Л. І. Пилипів**

Гіпертонічна хвороба супроводжується психоемоційними розладами різного ступеня. З метою визначення вираженості тривоги та її впливу на перебіг гіпертонічної хвороби обстежено 70 хворих. З'ясовано, що у 70,0 % пацієнтів є високий рівень тривожності й значно більше чинників ризику серцево-судинних ускладнень (вищі рівні систолічного та діастолічного артеріального тиску, частіше виявлення гіперглікемії, гіпо- та гіперхолестеринемії, частіше виникнення концентричної гіпертрофії лівого шлуночка), ніж у пацієнтів з помірним рівнем тривожності.

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, особистісна тривожність, серцево-судинні ускладнення.

## **Peculiarities of the Hypertension Course in Patients with high Level of Anxiety**

**O. Radchenko, L. Pylypiv**

Hypertension is accompanied by psycho-emotional disorders of different expression level. With the purpose of determining the intensity of anxiety and its influence on the hypertension course 70 patients have been examined. It has been found out that 70,0 % of patients have a high level of anxiety and have significantly more risk factors for cardiovascular complications (higher levels of systolic and diastolic blood pressure, often detection of hyperglycemia, hypo- and hypercholesterolemia, more often development of concentric left ventricular hypertrophy) than patients with moderate level of anxiety.

**Key words:** hypertension, personal anxiety, cardiovascular complications.