

УДК 616.12-008.331.1:616.89-008.454
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-3-4>

Наталя ДІДИК

кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету №2, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, didyknatalia076@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4296-4591

Оксана ЛИСУНЕЦЬ

кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, olysunets@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9225-9893

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА ТА ЕКСТРАСИСТОЛІЯ, ЯК МАРКЕР ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

Стаття присвячена дослідженню виявлення тривожних розладів у пацієнтів із гіпертонічною хворобою та супутньою екстрасистолією. Гіпертонія та аритмія займають лідируюче місце серед причин смерті дорослих. Аритмія також є суттєвою ознакою серцево-судинних ускладнень. Близько чверті (12,4%) дорослих українців страждають на симптоми тривожних розладів проти лише 3% – мають необхідне їх лікування.

Мета. Визначити взаємозв'язок загального соматичного стану пацієнтів з гіпертонічною хворобою без та з супутньою екстрасистолією та можливістю тривожних розладів.

Матеріали і методи. У дослідження включено 150 хворих на гіпертонічну хворобу II ступеня за визначенням Українського кардіологічного товариства з екстрасистолією різної топіки та без порушень ритму. Першу клінічну групу склали 54 хворих на суправентрикулярну екстрасистолію. Другу групу з шлуночковою екстрасистолією склали 40 хворих. З групи відповідно з комбінованою екстрасистолією (надшлуночкова та шлуночкова екстрасистолія) склали 26 хворих, контрольну – 30 пацієнтів. Виконано 24-годинний монітор артеріального тиску та електрокардіограми. Усі пацієнти пройшли анкетування за Візуально-аналоговою шкалою оцінки благополуччя та Шкалою тривоги Covi до та після 6-місячного лікування основного захворювання. Статистичну обробку інформації проводили методами варіаційної статистики з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel 2003 і StatSoft „Statistica” v.10.0.101.

Результати. До лікування ознаки тривоги визначалися у 63% хворих I групи, 52,5% II, 19,2% III, 78,7% контрольної групи. Тривожний розлад виявлено у 22,2% хворих I групи, 40% II та 80% III групи. Після лікування за результатами шкали Covi Anxiety Scale у 86,7% пацієнтів контрольної групи, у 29% пацієнтів I групи, 5% у II групи та у 73% у III групи не було виявлено тривоги.

Висновки. Артеріальна гіпертензія з супутньою екстрасистолією призводить до прояву субсиндромальних і генералізованих тривожних розладів. Гіпертоніки з комбінованою екстрасистолією зберігають лідерство за розвитком тривожних розладів.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення і встановлення спільних ланок патогенезу гіпертонічної хвороби та екстрасистолії в поєднанні з тривожними розладами.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, аритмія, нервово-гуморальна система, тривога.

Natalia Didyk, Oksana Lysunets. HYPERTENSION AND EXTRASYSTOLE AS A MARKER OF ANXIETY DISORDERS

The article is devoted to the study anxiety disorders development in the patients with arterial hypertension and extrasystolia. Hypertension and arrhythmia have the leadership position between reason of adult's death. Arrhythmia is significantly sign of cardio-vascular complication too. Nearby quarter (12.4%) of Ukrainian adult suffer from Anxiety disorders symptoms versus only 3% – have necessary its treatment.

Aim. This study aimed to defined interrelation the hypertensive patients general somatic state without and with co-occurring extrasystole versus opportunity of an anxiety disorders.

Materials and methods. 150 patients with II degree hypertension according to definition by Ukraine cardiology sociation with different topic's extrasystolia and without rhythm disorders were included into the study. The first clinical group was 54 patients with supraventricular extrasystolia. 40 patients were in the second group with ventricular extrasystolia. 26 patients were in the third group, respectively with combined extrasystolia (supraventricular and ventricular extrasystolia), 30 patients were in control group. 24-hours arterial blood pressure and electrocardiogram monitor ware done. All patients got through the questionnaire by the Visual Analog Scale of Assessment Well-being and Covi Anxiety Scale before and after 6-month treatment of a chief disease. Statistical processing of information was performed by methods of variational statistics using the Software Microsoft Excel 2003 і StatSoft „Statistica” v. 10.0.101.

Results. Before treatment anxiety signs were defined in 63% of 1 group patients, 52.5% of II, 19.2% of III, 78.7% of control group. The anxiety disorder was identified in 22.2% of 1 group patients, 40% of II and 80% of III group. After treatment no any anxiety was defined in 86.7% of control group patients, 29% of 1 group, 5% of II group and 73% of III group, according to the results by Covi Anxiety Scale.

Conclusions. Hypertension with co-occurring extrasystolia leads to manifestation of subsyndromal and generalized anxiety disorders. Hypertensive patients with combined extrasystolia have retained their leader position in anxiety disorders development.

Prospects for further research. Study and identification of common links in the pathogenesis of hypertension and extrasystole in combination with anxiety disorders.

Key words: hypertension, arrhythmia, neuro-humoral system, anxiety.

Вступ. Згідно статистичних даних за 2022 рік поширеність гіпертонічної хвороби, як основного діагнозу, в структурі смертності внаслідок серцево-судинних захворювань посідала перше місце, а порушення серцевого ритму – друге [17]. Порушення серцевого ритму, зокрема екстрасистолія, є маркером розвитку серцево-судинних ускладнень поряд із іншими факторами ризику [9, 3]. 12,4% дорослого населення України притаманні симптоми депресивних розладів. В гендерному співвідношенні остання реєструється серед жінок у 16,2% та у 8,7% чоловіків. В той же час лише 3,0% пацієнтів отримували відповідне лікування (отримували антидепресанти чи відвідували сеанси психотерапії). У світі епідемії, регіональні конфлікти посилюють ризик розвитку депресивних розладів, останні, в свою чергу, є причиною летальності, внаслідок самогубств, причиною вживання алкоголю, психотропних речовин, наркотиків, які, в свою чергу, призводять до виникнення залежних нозологій, втрати здоров'я, працездатності. Згідно статистичних даних ВООЗ 75% суїцидів складають суїциди у країнах низького й середнього економічного розвитку. Причому, суїцидальна летальність на Україні у чоловіків у 7 разів вища, ніж у жінок, а у країнах Європи чоловіки вмирають у 3 рази більше, ніж жінки. А вікові рамки суїцидальних випадків сягають 15–44 років незалежно від рівня економічного розвитку країни [13].

Мета – дослідити взаємозв'язок соматичного стану пацієнтів із гіпертонічною хворобою та гіпертонічною хворобою, поєднаною із екстрасистолією із загрозою дебюту тривожного стану.

Матеріали та методи. Було обстежено 120 осіб із гіпертонічною хворобою II стадії і екстрасистолією. Вік пацієнтів становив 27–81 рік, 42 (35,0%) чоловіки та 78 (65,0%) жінок, гендерне співвідношення чоловіків та жінок становило 1 до 1,9. За верифікацією екстрасистолії серед них була виділена 1 групу -пацієнти із гіпертонічною хворобою і суправентрикулярною екстрасистолією (54 пацієнти, 32 жінки і 12 чоловіків), 2 групу – пацієнти із гіпертонічною хворобою і шлуночковою екстрасистолією (40 пацієнтів 27 жінок і 13 чоловіків) і 3 групу – пацієнти із гіпертонічною хворобою і комбінованою (поєднаною) суправентрикулярною і шлуночковою екстрасистолією (26 осіб 19 жінок і 7 чоловіків). 30 пацієнтів із гіпертонічною хворобою II стадії становили контрольну групу. Вік пацієнтів контрольної групи був в межах 40-74 роки, гендерне співвідношення чоловіків

до жінок становило 1 до 1,3: 13 (43,3%) складали чоловіки та 17 (56,7%) складали жінки.

Всі пацієнти обстежувалися та проходили лікування у кардіологічному відділенні денного стаціонару міської клінічної лікарні №1 м. Вінниці. Пацієнти відбирались у дослідження, згідно дизайну останнього, по мірі їх звертання за спеціалізованою медичною допомогою (по мірі їх поступлення на стаціонарне лікування). В часовому проміжку набір пацієнтів і формування контрольної та клінічної групи дослідження, з подальшою диференціацією останньої ще на три підгрупи, згідно виявлених топічних параметрів екстрасистолії, тривав протягом півтора роки. Показами відбору пацієнтів у дослідження були: гіпертонічна хвороба II стадії, 1-2-3 ступеня артеріальної гіпертензії, згідно чинної Настанови МОЗ України №00069 від 03.07.2017 [10], встановлена екстрасистолія, шляхом проведення холтеровського моніторування електрокардіографії, яка мала симптомний клінічний перебіг, та потребувала постійної антиаритмічної терапії, відсутність клінічної супутньої соматичної патології та інформаційна згода пацієнта брати участь у дослідженні. Протипоказами до включення пацієнта у дослідження слугували: гіпертонічна хвороба I та III стадії, верифікована серцева недостатність II стадії за М.Д. Стражеско-В.Х. Василенко та III-IV функціональний клас за НУНА, верифікація ехокардіографічних ознак систолічної дисфункції міокарда ЛШ (ФВ < 45%), безсимптомної екстрасистолії та екстрасистолії, яка не потребує постійної антиаритмічної терапії, наявність будь-яких порушень серцевого ритму, зловживання алкоголем та нейропсихічні розлади, відмова пацієнта приймати участь в дослідженні.

Всі пацієнти, які додавались у дослідження, проходили загальноклінічні обстеження, холтеровське моніторування електрокардіографії та добове моніторування артеріального тиску, ехокардіографічне дослідження у М-, В- і Д-режимах. Всі пацієнти по мірі їх поступлення на лікування заповнювали Індивідуальний опитувальник ступеня вираженості самопочуття за візуальною аналоговою шкалою, який заповнювали самі й його результати можна вважати суб'єктивними та Індивідуальний опитувальник Шкали тривоги Кові (Covi anxiety scale, 1979), який заповнювався дослідником. Статистичну обробку результатів дослідження було проведено з використанням програми Microsoft Excel 2003 і StatSoft „Statistica” v. 10.0.101. Всі пацієнти отримували лікування, згідно чинних Протоколу МОЗ України

по лікуванню гіпертонічної хвороби, екстрасистоїї [11].

Результати та обговорення. Індивідуальна шкали оцінки самопочуття є суб'єктивною, так як заповнюється самим пацієнтом і віддзеркалює саме ставлення пацієнта до своєї хвороби, і водночас відображає вплив хвороби на свій власний організм у вигляді погіршення загального свого самопочуття. І ми розуміємо, що на загальне самопочуття людини впливає не лише захворювання, але і оцінка місця хворого у самому суспільстві, не говорячи про реакцію-відповідь організму на існування нозології. Оцінку хворим статусу свого самопочуття відзначалась у вигляді відмітки на 100 мм відрізка (візуальна аналогова шкала). Максимальне значення було 100 мм, що відповідало найкращому самопочуттю і мінімальне значення становило 0 мм.

Аналізуючи результати проведеного опитування було встановлено, оцінка самопочуття пацієнтів перебувала в межах від 55,7 до 49,8 мм. Статистичні відмінності реєструвались лише в пацієнтів групи поєднаної гіпертонічної хвороби та змішаної (суправентрикулярної та шлуночкової) екстрасистоїї, в порівнянні із пацієнтами контрольної групи ($49,8 \pm 2,3$ проти, $55,7 \pm 1,5$ $p=0,036$).

Наочно оцінка самопочуття, згідно візуальної аналогової шкали в групах дослідження представлена на (рис. 1).

Представляє собою академічний інтерес у вивченні проблеми погіршення самопочуття (клінічно пов'язаного із больовим синдромом),

останній буде представлений в наступних публікаціях, як результати нашого дослідження, із наявністю клінічних ознак ймовірної ішемії міокарда та депресивних розладів. У світовій літературі ця проблема представлена у роботах китайських науковців [20]. Спільні механізми розвитку порушень серцевого ритму, больових та безбольових форм ішемії міокарда, органічних змін міокарда наведені в роботах вчених світового рівня, в яких, навіть дискутується питання відносно аритмічної форми пролапсу мітрального клапану [4].

Так, як потрібно пояснити факт суб'єктивної відсутності погіршення самопочуття у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та пацієнтами із гіпертонічною хворобою та суправентрикулярною екстрасистоїєю (пацієнти 1 клінічної групи) та пацієнтами із гіпертонічною хворобою та шлуночковою екстрасистоїєю (пацієнти 2 клінічної групи) було проведено опитування, згідно шкали тривоги Кові, яка є однією із скринінгових, для виявлення погіршення самопочуття у пересічного пацієнта.

Шкала тривоги Кові являє собою систематизацію ознак, притаманних пацієнту, на три рівнозначні рівні: 1) скарги, 2) поведінка, 3) соматичні симптоми тривоги. Для всіх трьох рівнів характерні ідентичні варіанти відповідей, а саме: ознаки відсутні (0 балів), ознаки слабо виражені (1 бал), ознаки помірно виражені (2 бали), ознаки значно виражені (3 бали), ознаки надто сильно виражені (4 бали).

Перелік ознак рівня скарги: наявність відчуття страху, несподіваного безпричинного страху,

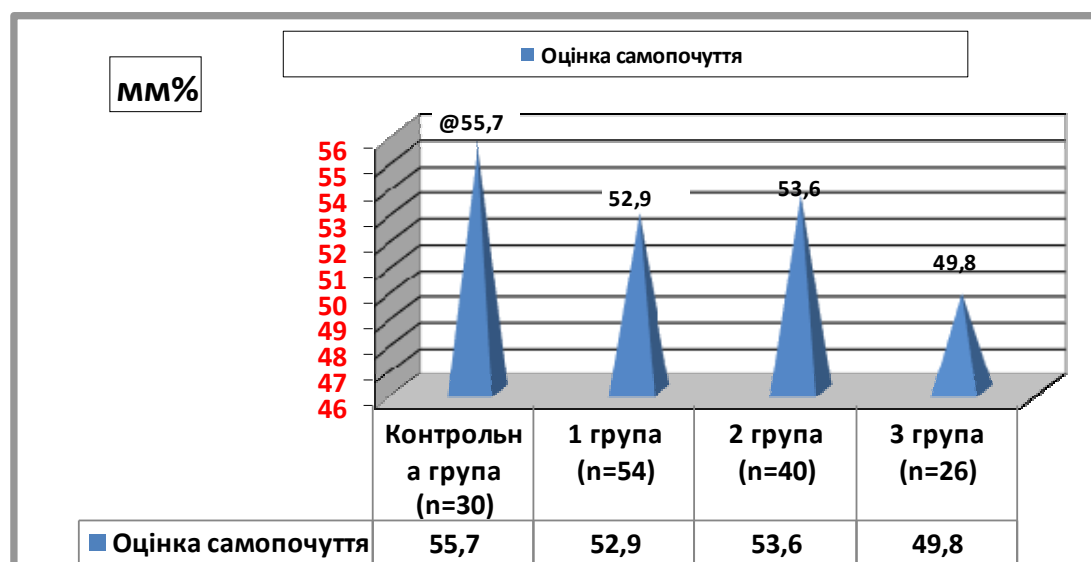


Рис. 1. Оцінка самопочуття в пацієнтів контрольної групи (гіпертонічна хвороба) та в пацієнтів в групах із гіпертонічною хворобою та екстрасистоїєю

Примітка. Статистична достовірність розрахована за критерієм Стьюдента; знаком "@" позначена достовірність з третьою клінічною групою ($p=0,036$)

наявність підвищеної лякливості, нервозності, тремтіння, необхідності уникнення визначеного місця і виду діяльності через виникнення відчуття страху, важкість зосередження на виконанні певного виду діяльності.

Перелік ознак рівня поведінки: пацієнт виглядає наляканим, неспокійним, притаманний немотивований тремор тіла, пацієнт ажитований.

Перелік ознак рівня соматичні симптоми тривоги: підвищене потовиділення, тремор тіла, прискорене чи знижене серцебиття (тахі- чи брадикардія), відчуття утрудненого видиху, «кому» в горлі, припливів холоду чи тепла, неспокійний сон, більш часте відвідування ванної кімнати, дискомфорт в епігастральній ділянці.

Відображені в опитувальнику рівні симптомів є формами прояву тривожних розладів: скарг, поведінки, соматичних симптомів тривоги. Оцінюються ознаки виникнення симптомів на період «наразі» та «протягом останнього тижня». Важливою ознакою є те, що записується шкала не пацієнтом, а лікарем під час збору анамнезу та проведення огляду хворого. Інтерпретація шкали: загальна сума балів шкали складає від 0 до 12 балів. 0–2 бали означає відсутність тривожного стану пацієнта, 3–5 балів – присутність симптомів тривоги, 6 балів і більше – тривожний стан. На сьогодні, шкалою тривоги Кові користуються клініцисти з метою оцінки динаміки стану хворого з тривожними розладами, поєднаними із супутньою соматичною патологією як одним із скрінінгових методів виявлення тривожних розладів у соматичного хворого. Однак, оцінюючи результати опитувальника Кові, слід враховувати

суттєвий його недолік: явну для пацієнта спрямованість однотипних питань, що в деякій мірі провокує прояв захисної реакції на дослідження у вигляді свідомого викривлення відповідей [2]. Та в нашому випадку, цією особливістю можна знехтувати, так як ми обстежували, по-перше, пацієнтів кардіологічного профілю, по-друге, перед застосуванням опитувальника шкали Кові ми пропонуємо оцінити соматичний стан пацієнтам, використовуючи аналогову шкалу 10 мм, самостійно. Таким чином, повністю нівелювався вплив лікаря, його психологічний тиск на ланку зовнішні обставини-хвороба-тривога-психологічний стан пацієнта (тривога та депресія). Результати дослідження продемонстрували, що пацієнтам як із гіпертонічною хворобою так і пацієнтам із гіпертонічною хворобою в поєднанні з екстрасистолією однаково притаманні ознаки тривоги.

Аналізуючи отримані показники відсутності симптомів тривоги (0–2 бали) та наявності симптомів тривоги і тривожного стану (3–12 балів за шкалою Кові, ми побачили, що у пацієнтів контрольної групи (пацієнти із гіпертонічною хворобою) відсутність симптомів тривоги і тривожного стану реєструвалась у 6 осіб (21,3%) з тенденцією до спадання у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і суправентрикулярною екстрасистолією – 14,8% (8 осіб), 7,5% (3 чоловіки) групи гіпертонічної хвороби і шлуночкової екстрасистолії, та абсолютно відсутні у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і комбінованою (суправентрикулярною і шлуночковою) екстрасистолією. Результати відображено на (рис. 2).

Це пояснюється тим, що вже сам факт наявності нозології, а саме гіпертонічної хвороби, викликає

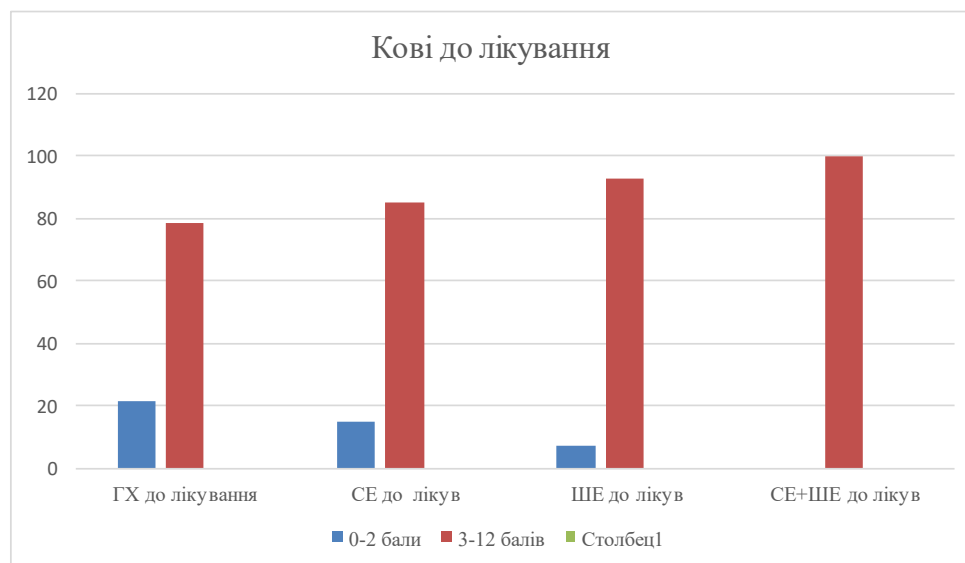


Рис. 2. Рівні наявності тривожних розладів за шкалою Кові

Примітка. Статистична достовірність різниці результатів представлена критерієм Стьюдента @ $p < 0,05$ для пацієнтів контрольної та третьої клінічної групи дослідження.

тривожні симптоми та тривожний стан у 24 осіб (78,7%), незалежно від наявності супутньої патології у вигляді порушення серцевого ритму, а саме, екстрасистолії. Причому, встановлено, що важкість наростання проявів симптомів тривоги та тривожного стану залежить від топічного варіанту екстрасистолії. В даному дослідженні показники наявності симптомів тривоги і тривожного стану становив 85,2% (46 осіб) у групі хворих із гіпертонічною хворобою та суправентрикулярною екстрасистолією, 92,5% (37 пацієнтів) із гіпертонічною хворобою та шлуночковою екстрасистолією і 100% (26 чоловік) пацієнтів групи гіпертонічної хвороби поєднаною із суправентрикулярною і шлуночковою екстрасистолією. Представляє собою академічний інтерес розподіл між клінічними групами важкості вираження симптомів тривоги та тривожного стану. Порівнюючи ці групи видно, що у пацієнтів із гіпертонічною хворобою в поєднанні із суправентрикулярною і шлуночковою екстрасистолією взагалі відсутні ознаки абсолютної відсутності тривоги і тривожних станів, які з'являються залежно від важкості вираженості соматичних симптомів екстрасистолії по всіх групах дослідження пацієнтів. Дані наведені на (рис. 3).

Такий розподіл прояву симптомів тривоги та тривожного стану можна пояснити тим, що в розвитку суправентрикулярної і шлуночкової екстрасистолії лежать різні патофізіологічні механізми, які в свою чергу, є спільними і для розвитку симптомів тривоги та тривожного стану. Так, у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і суправентрикулярною екстрасистолією, пацієнтів із гіпертонічною

хворобою шлуночковою екстрасистолією, гіпертонічною хворобою і поєднаною екстрасистолією (суправентрикулярною і шлуночковою) екстрасистолією прослідковувалась тенденція до зменшення показників рівня вираженості симптомів тривоги 63,% (34 особи), 52,5% (21 чоловік), 19,2% (5 осіб) проти 78,7% (24 чоловіки) пацієнтів контрольної групи. Та в той же час бачимо, що наявність тривожного стану має чітку тенденцію до зростання у пацієнтів із діагностованою екстрасистолією залежно від топічного варіанту останньої: 22,2% (12 осіб) пацієнтів із гіпертонічною хворобою та суправентрикулярною екстрасистолією, 40% (16 чоловік) -пацієнтів із гіпертонічною хворобою і шлуночковою екстрасистолією та 80,8% (21 чоловік) -пацієнтів із комбінованою (суправентрикулярною та шлуночковою) екстрасистолією. Ми виявили, що важкість симптомів тривожного стану максимально проявляється саме у пацієнтів із гіпертонічною хворобою, поєднаною із суправентрикулярною та шлуночковою екстрасистолією. Це наводить на думку про спільність патофізіологічних механізмів та предикторів розвитку і наростання вираженості симптомів тривожного стану та різних топічних варіантів екстрасистолії. Це наводить на думку про спільність патофізіологічних механізмів розвитку порушень серцевого ритму та депресивних розладів, а саме гуморальних аспектів [7]. А шлуночкова екстрасистолія, в свою чергу, додає ризику розвитку серцево-судинної летальності, що асоціюється з даними клінічних досліджень, зокрема пов'язаних із залучення неврологічного й психологічного аспектів [5]. І саме статистична

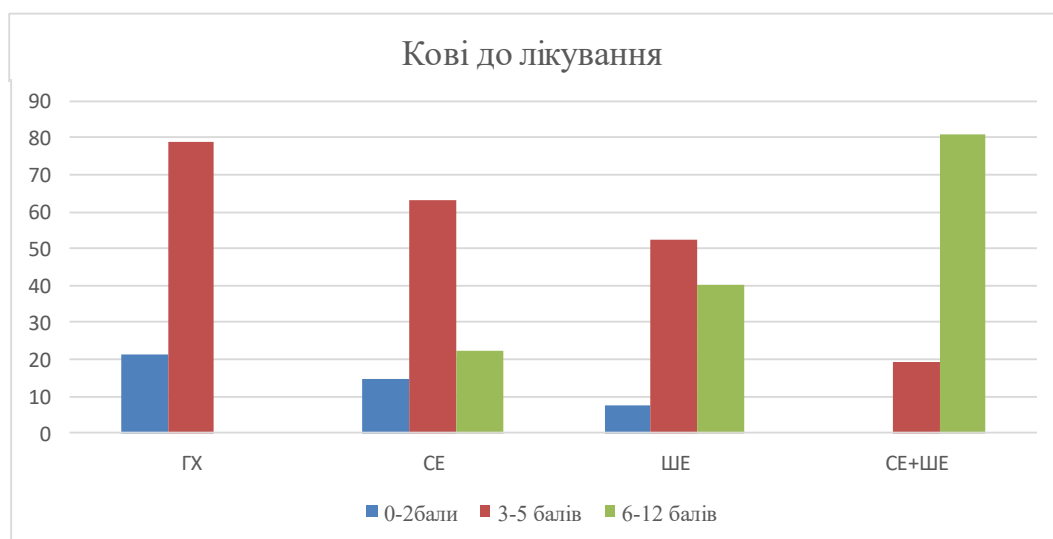


Рис. 3. Рівні тривожних розладів за шкалою Кові

Примітка. Статистична достовірність різниці результатів представлена критерієм Стьюдента @ $p < 0,05$ для пацієнтів контрольної та третьої клінічної групи дослідження.

достовірність зберігається між пацієнтами контрольної та 3 клінічної групи дослідження ($p < 0,05$).

Порівнюючи відповідність вираженості візуальної аналогової шкали оцінки самопочуття і показників рівня наявності тривожності Індивідуальної шкали Кові, було встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем вираженості погіршення самопочуття та встановлення і наростання симптомів тривожного стану (49,8 мм та 11 балів відповідних шкал) саме у пацієнтів 3 клінічної групи дослідження.

Через 6 місяців після призначеного лікування, згідно дизайну дослідження, пацієнтам було проведено опитування повторно з подальшою оцінкою отриманих результатів. Так, достовірно було виявлення покращення загального самопочуття, згідно Індивідуальної візуальної шкали рівня оцінки самопочуття у всіх групах пацієнтів (72,83 проти 55,7 контрольної групи, 65,92 проти 52,9 пацієнтів першої клінічної групи дослідження, 64,25 проти 53,6 пацієнтів другої групи, 62,69 проти 49,8 пацієнтів третьої клінічної групи дослідження). Дані наведені на (рис. 4).

Після проведеного лікування у пацієнтів контрольної групи (пацієнтів із гіпертонічною хворобою) значно зменшилась кількість симптомів тривоги і тривожного стану 13% (4 особи), порівняно із 78,7% (24 особи) початково та зросла кількість пацієнтів із відсутністю ознак тривог 86,7% (26 осіб) проти 21,3% (6 осіб) початково. Дані наведено на рис. 5.

Заслужують увагу результати отримані нами у групі пацієнтів із гіпертонічною хворобою і поєднаною суправентрикулярною та шлуночковою екстрасистолією: кількість пацієнтів із симптомами тривоги і тривожним станом зменшилась до 27% (7 чоловік), порівняно із початком лікування, де ця цифра сягала 100% (26 чоловік). У пацієнтів із гіпертонічною хворобою і шлуночковою екстрасистолією – 95% (38 чоловік) та 71% (38 осіб) пацієнтів групи гіпертонічної хвороби та суправентрикулярної екстрасистолії. В свою чергу, відповідно, симптоми відсутності симптомів тривоги та тривожного стану, в результаті проведеного лікування було діагностовано у 86,7% (26 осіб) пацієнтів контрольної групи, у 29% (16 осіб) пацієнтів групи гіпертонічної хвороби та суправентрикулярної екстрасистолії, у 5% (2 осіб) пацієнтів групи гіпертонічної хвороби та шлуночкової екстрасистолії та у 73% (19 осіб) групи гіпертонічної хвороби та поєднаної (суправентрикулярної і шлуночкової) екстрасистолії. Порівнюючи отриману динаміку даних показників за період від початку і до кінця проведеного лікування, ми можемо розглядати шкалу Кові як один із методів прогнозування важкості перебігу гіпертонічної хвороби, поєднаною із екстрасистолією. Так, у нас після проведеного лікування контрольній групі на 65,4% зменшилась кількість людей з відсутністю симптомів тривоги та тривожного стану, на 14,1% – у групі із гіпертонічною хворобою і суправентрикулярною екстрасистолією, на 2,5% пацієнтів – групи гіпертонічної

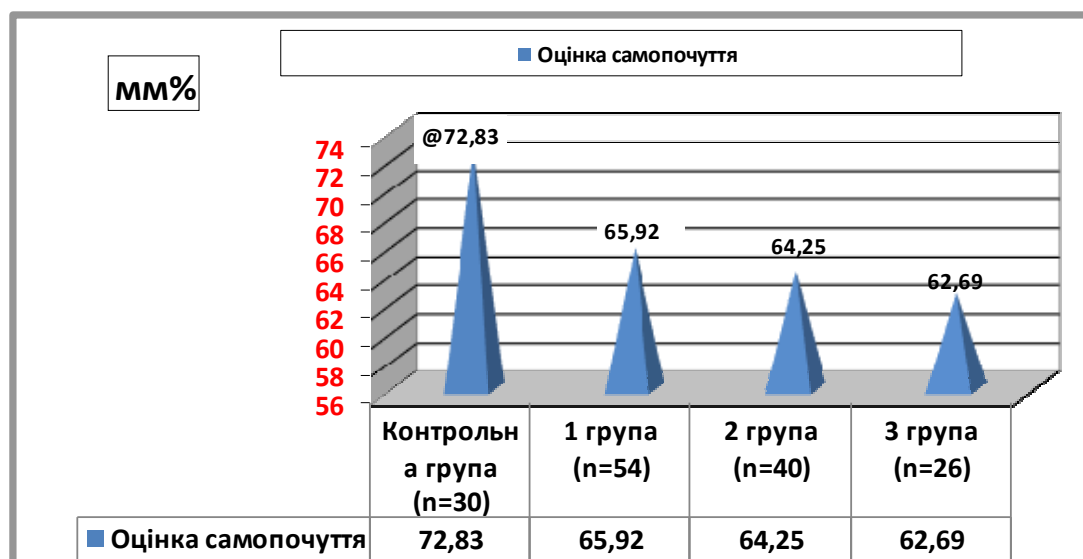


Рис. 4. Оцінка самопочуття в пацієнтів контрольної групи (гіпертонічна хвороба) та в пацієнтів в групах із гіпертонічною хворобою та екстрасистолією в результаті проведеного курсу 6-ти місячного лікування та спостереження

Примітка: статистична достовірність результатів між групами розрахована за критерієм χ^2 , знаком "@" позначена достовірність між контрольною і клінічними групами дослідження ($p < 0,05$).

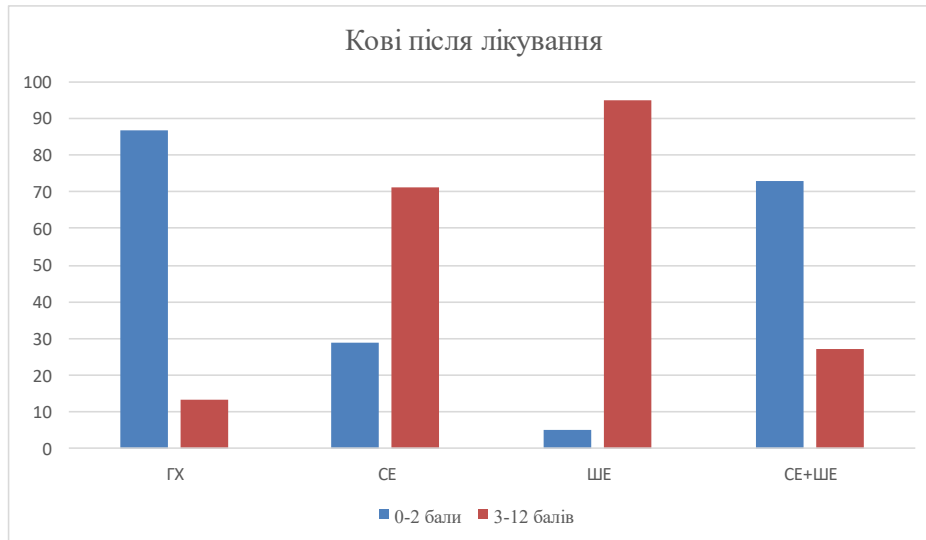


Рис. 5. Рівні наявності тривожних розладів за шкалою Кові

Примітка. Статистична достовірність різниці результатів представлена критерієм Стьюдента @ $p < 0,05$ для пацієнтів контрольної та третьої клінічної групи дослідження.

хвороби і шлуночкової екстрасистолії і на 73% зменшилась симптоми тривоги та тривожного стану у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і поєднаною екстрасистолією. Це змушує нас до проведення більш детального міжгрупового аналізу за рівнем прояву симптомів тривоги та тривожного стану, згідно бальної диференціації шкали Кові. Дані наведені на (рис. 6).

Було продемонстровано зменшення реєстрації симптомів тривоги та тривожного стану у пацієнтів всіх груп дослідження. Причому, заслуговує увагу той факт, що динаміка зменшення кількості випадків реєстрації тривожного стану мала залежність від топічного варіанту екстрасистолії. Так,

у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і суправентрикулярною екстрасистолією кількість випадків тривожного стану зменшилась на 17,5%, із гіпертонічною хворобою і шлуночковою екстрасистолією – на 7,2%, у пацієнтів із поєднаною (суправентрикулярною і шлуночковою) екстрасистолією – на 72,8%. І в той же час, у групі пацієнтів із поєднаною (суправентрикулярною і шлуночковою) екстрасистолією було виявлено зростання до 73% (19 осіб) ознак відсутності симптомів тривоги та тривожного стану. Аналізуючи дані групи пацієнтів виявлено, що важкість наростання симптомів тривоги та тривожного стану, зокрема, мають залежність від топічного варіанту екстрасистолії

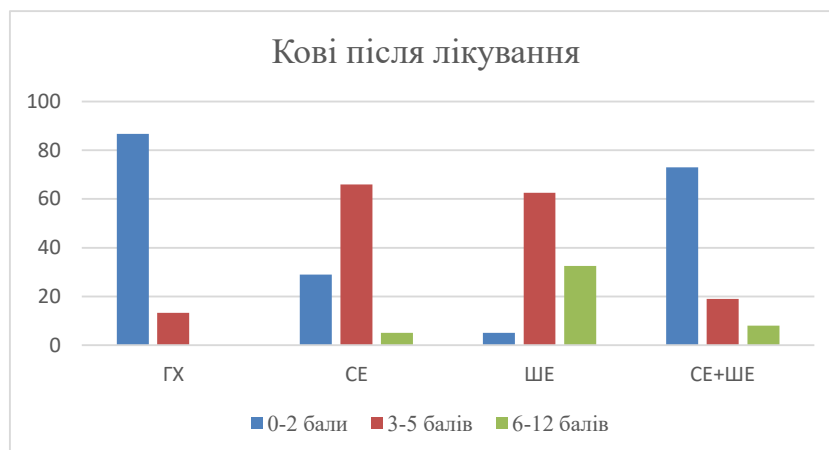


Рис. 6. Рівні тривожних розладів за шкалою Кові в результаті проведеного курсу 6-місячного лікування і спостереження

Примітка. Статистична достовірність різниці результатів представлена критерієм Стьюдента @ $p < 0,05$ для пацієнтів контрольної та третьої клінічної групи дослідження.

(суправентрикулярної, шлуночкової чи комбінованої). Літературні джерела підтверджують, що тривожно-депресивні розлади збільшують ризик розвитку інфарктів міокарда, інсультів та в цілому серцево-судинних захворювань. Вже оприлюднювалися висновки, щодо виявлення модифікованих та немодифікованих факторів, які є спільними для розвитку серцево-судинних ускладнень і депресивних розладів, на серцево-судинну летальність [15]. Чітко було продемонстровано дебют розвитку порушень серцевого ритму в пацієнтів із гіпертонічною хворобою залежно від нейрогуморального порушення гомеостазу організму, що корелюється із результатами нашого дослідження. З цієї позиції наші дані корелюються з світовими дослідженнями і твердженнями про те, що цитокіни і фактори, які впливають на механізм розвитку згортання крові підвищуються при депресії, а варіабельність серцевого ритму є предиктором розвитку серцево-судинних ускладнень і ймовірної летальності [18]. Причому, саме у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і комбінованою (суправентрикулярною і шлуночковою екстрасистолією) важкість порушень серцевого ритму корелюється із важкістю виражених депресивних розладів. А питання лікування навіть безсимптомних шлуночкових екстрасистолій стоїть на передових позиціях аритмології [6]. Що ще раз підтверджує спільність патофізіологічних механізмів розвитку депресивних розладів та порушень серцевого ритму й регуляції артеріального тиску, як на нейрогуморальному так і на електролітному рівні обміну речовин [19]. Останній, в свою чергу, має спільні патофізіологічні механізми розвитку як із артеріальною гіпертензією, так і із екстрасистоліями [14; 16]. І він же діагностується у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами [12]. Крім того, пов'язуючи сам факт наявності екстрасистолії, яка вже є обтяжуючим фактором, навіть серед пацієнтів економічно розвинених країн, і враховуючи гендерні особливості, а саме переважаючий фактор осіб чоловічої статі в структурі розвитку серцево-судинної летальності, можна стверджувати про масштаб катастрофи [1]. Тим паче, що пацієнти з шлуночковою екстрасистолією можуть мати вищий ризик діастолічної дисфункції лівого шлуночка, ніж загальна популяція, що корелюється із результатами нашого дослідження [8].

Водночас, потребує пояснення відсутність значущої позитивної динаміки лікування і реєстрації випадків симптомів тривоги та тривожного стану у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і шлуночковою екстрасистолією 92,5% початково і 95% після лікування. Хоча, наші результати і підтверджують літературні джерела про значне погіршення самопочуття саме у пацієнтів із шлуночковою

екстрасистолією, в порівнянні із суправентрикулярною саме за рахунок впливу на динаміку розвитку серцевої недостатності з відповідними клінічними проявами останньої. І саме знайти ті спільні патофізіологічні механізми розвитку симптомів тривоги і тривожного стану в поєднанні з предикторами розвитку різних топічних варіантів екстрасистолії стане метою наших подальших досліджень.

Отримані результати продемонстрували саме спільність патофізіологічних механізмів розвитку симптомів тривоги та тривожного стану у пацієнтів із гіпертонічною хворобою та екстрасистолією. Прослідковується і встановлена чітка тенденція чутливості розвитку важкості проявів симптомів тривоги у пацієнтів із суправентрикулярною, шлуночковою екстрасистолією з наростанням тривожного стану у пацієнтів з шлуночковою та комбінованою (суправентрикулярною, шлуночковою екстрасистолією). Це стане, безумовно, поштовхом до проведення подальших досліджень. Безумовно, залишаються дискусійними і потребують подальшого вивчення та обговорення питання відсутності значущого полегшення в результаті проведеного лікування у пацієнтів групи гіпертонічної хвороби і шлуночкової екстрасистолії, адже на фоні лікування динаміка зменшення симптомів тривоги та тривожного стану зменшилась лише на 2,5%, та ми прослідкували тенденції абсолютного покращення показників шкали Кові, щодо повного відсутності симптомів тривоги та тривожного стану в результаті проведеного лікування, яка сягала майже третини випадків (73%).

Таким чином, наше дослідження продемонструвало, що в пацієнтів із гіпертонічною хворобою поєднаною із екстрасистолією аритмією наявність частоті шлуночкової та суправентрикулярної екстрасистолії асоціюється збільшенням частоти розвитку важкості тривожних симптомів та тривожного стану, що має бути зауважено при виборі терапевтичної тактики курації хворих.

Висновки:

1. Поєднання гіпертонічної хвороби з різними топічними варіантами екстрасистолії демонструють різну ступінь вираженості тривожних симптомів і тривожного стану.

2. Наявність саме комбінації суправентрикулярної і шлуночкової екстрасистолії в поєднанні із гіпертонічною хворобою асоціюється із тривожним станом.

3. Рекомендувати ввести в практику використання Індивідуального опитувальника шкали Кові на амбулаторному етапі організації медичної допомоги населенню з метою оцінки соматичної тяжкості гіпертонічної хвороби, поєднаною з суправентрикулярною та шлуночковою екстрасистолією.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні і встановленні спільних ланок патогенезу гіпертонічної хвороби та екстрасистолії, які можуть бути предикторами розвитку порушень

психологічного тривожного стану людини з метою розробки подальших методів профілактики розвитку даних нозологій й покращення здоров'я населення в цілому.

Література:

1. Ahmed S., Hisamatsu T., Kadota A., Fujiyoshi A., Segawa H., Torii S., Takashima N., Kondo K., Nakagawa Y., Ueshima H., Miura K., SESSA Research Group. Premature Atrial Contractions and Their Determinants in a General Population of Japanese Men. *Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society*, 2022. 86(8), 1298–1306. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-21-0872>
2. Coryell W. *Depressive disorders* Депресивні розлади MSD довідник версія для фахівців. - MSD reference version for professionals. 2022. URL: <https://www.msmanuals.com/uk/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders?ruleredirectid=465>
3. Didyk N., Lysunets O., Postovitenko K., Kurilenko I., Valentiev V. Cardiovascular event risk factor among patients with arterial hypertension and extrasystole. *Zeitschrift fur Gefassmedizin*, 2022. 19 (4), 11–20 URL: <https://www.kup.at/journals/summary/15305.html>
4. Essayagh B., Sabbag A., Antoine C., Benfari G., Yang L. T., Maalouf J., Asirvatham S., Michelena H., Enriquez-Sarano M. Presentation and Outcome of Arrhythmic Mitral Valve Prolapse. *Journal of the American College of Cardiology*, 2020. 76(6), 637–649. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.06.029>
5. Fairley J. L., Ross L., Quinlivan A., Hansen D., Paratz E., Stevens W., Kistler P. M., McLellan A., La Gerche A., Nikpour M. Sudden cardiac death, arrhythmias and abnormal electrocardiography in systemic sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 2023. 62, 152229. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2023.152229>
6. Forkmann M., Busch S. Asymptomatische ventrikuläre Extrasystolen behandeln? [Should we treat asymptomatic premature ventricular contractions?]. *Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie*, 2023. 34(2), 131–135. <https://doi.org/10.1007/s00399-023-00934-7>
7. Ivanov V., Bulat L., Lysunets O., Didik N. The place of sotalol in the treatment of extrasystole in patients with hypertension. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, 2020. 24(1), 84–91. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedic-2020-24\(1\)-16](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedic-2020-24(1)-16)
8. Keleş N., Kahraman E., Parsova K. E., Baştopçu M., Karataş M., Yelgeç N. S. Does Premature Ventricular Complex Impair Left Ventricular Diastolic Functions? *Anatolian journal of cardiology*, 2023. 27(4), 217–222. <https://doi.org/10.14744/AnatolJCardiol.2022.2421>
9. Kerola T., Dewland T. A., Vittinghoff E., Heckbert S. R., Stein P. K., Marcus G. M. Predictors of atrial ectopy and their relationship to atrial fibrillation risk. *Europace: European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology: journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 2019. 21(6), 864–870. <https://doi.org/10.1093/europace/euz008>
10. Matti N. *Настанова МОЗ України №00069 від 03.07.2017, Гіпертензія: обстеження та стартове лікування [Guideline of the Ministry of Health of Ukraine №00069 of 03.07.2017 Hypertension: examination and initial treatment]* Duodecim Medical Publications, Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland. 2017. URL: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00069&format=pdf>
11. Mikhailov B. V., Serdyuk O. I., Chugunov V. V., Kurylo V. O., Andruk P. G., Zaseda Y. I. *Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці-сімейній медицині: Навч. посіб.* Харків: ХМАПО, 2014. 218- Kharkiv: KhMAPE, 218
12. Muntyan O. A. Muntyan M. L., Yarovenko, A. H. Пакети прикладних програм статистичного аналізу результатів наукових досліджень. *Суч. інф. технології та інноваційні методики навч. у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. Зб. наук. пр. Київ-Вінниця, 2017. 49, 135–138.
13. Panko T. Депресія і війна. *Здоров'я України Неврологія. Психіатрія. Психотерапія – Health of Ukraine Neurology. Psychiatry. Psychotherapy*. 2023. 1 (64), 10–16. URL: <https://health-ua.com/article/72686-depresya-vjna>
14. Regional Centre for Medical Statistics, Healthy Lifestyle and Information and Analytical Activities. *Психічне здоров'я суспільства – тривожна статистика по депресії*. Офіційний сайт херсонського обласного центру медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності. -Official website of the Kherson Regional Centre for Medical Statistics, Healthy Lifestyle and Information and Analytical Activities. 2021. URL: <http://khocz.com.ua/psihichne-zdorov-ja-suspilstva-trivozhna-statistika-po-depresii/>
15. Scridon A. Autonomic imbalance and atrial ectopic activity-a pathophysiological and clinical view. *Frontiers in physiology*, 2022. 13, 1058427. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.1058427>
16. Soliman E. Z., Howard G., Judd S., Bhav P. D., Howard V. J., Herrington D. M. Factors Modifying the Risk of Atrial Fibrillation Associated With Atrial Premature Complexes in Patients With Hypertension. *The American journal of cardiology*, 2020. 125(9), 1324–1331. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2020.02.006>
17. Stewart L. A., Stein G. K., Huang B. L., McManus C., Lee J. A., Kuo J. H., Walker M. D. Primary Hyperparathyroidism Is Associated With Shorter QTc Intervals, but Not Arrhythmia. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 2022. 107(4), e1689–e1698. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab820>
18. The State Statistics Service of Ukraine. *Смертність в Україні*. Офіційний сайт державної служби статистики України. – Official website of the State Statistics Service of Ukraine. 2022. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/deaths/2022/>

19. Zhao L., Li R., Zhang J., Xie R., Lu J., Liu J., Miao C., Liu S., Cui W. Clinical Characteristics of Patients with Arrhythmias of the Idiopathic Outflow Tract Ventricular: Age, Gender, Comorbidities, Laboratory Test Results, and Echocardiographic Parameters. *Alternative therapies in health and medicine*, 2022. 28(6), 88–95 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35687704/>
20. Zhou L., Ma X., Wang W. Inflammation and Coronary Heart Disease Risk in Patients with Depression in China Mainland: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2020. 16, 81–86. <https://doi.org/10.2147/NDT.S216389>

Дата надходження статті: 05.10.2025

Дата прийняття статті: 10.11.2025

Опубліковано: 29.12.2025