

УДК 616.12–008.331.1:612.821

<https://doi.org/10.30702/card:sp.2018.12.034/0168998>

Черкун М. П., аспірант

Катеренчук І. П., д-р мед. наук, професор

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Сучасні погляди на артеріальну гіпертензію, обумовлену несприятливим впливом психосоматичних факторів, як основну причину небезпечних серцево-судинних подій

Резюме. У статті проведено аналіз впливу психосоматичних факторів на розвиток і прогресування есенціальної артеріальної гіпертензії та її ускладнень.

Відзначено, що артеріальна гіпертензія займає перше місце в структурі серцево-судинних захворювань в Україні та є самостійним предиктором таких захворювань, як ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні захворювання, хронічна серцева недостатність, хронічна хвороба нирок. Висока поширеність, прогностична тенденція до зростання, інвалідизуючі наслідки артеріальної гіпертензії, зокрема осіб працездатного віку, обумовлюють неабияку соціальну проблему.

Артеріальна гіпертензія рідко є самостійним захворюванням, вона часто поєднується з іншими факторами кардіоваскулярного ризику – ожирінням, цукровим діабетом 2-го типу, атеросклерозом, які часто виявляються в осіб віком 40–50 років.

Досягнення цільового рівня артеріального тиску має бути головним завданням. Однак відзначають недостатню прихильність до лікування, яка значною мірою обумовлена безсимптомним перебігом та недостатньою увагою щодо диференційованого впливу на психосоціальні фактори й психосоціальну адаптацію в міського і сільського населення, що є однією з важливих складових успішної терапії артеріальної гіпертензії.

Значне зростання психосоматичних розладів набуло великих масштабів як у розладах психічної сфери, так і в клініці соматичних розладів, зокрема в клінічному перебігу артеріальної гіпертензії. Соціальна дезадаптація несприятливо впливає на здоров'я міських і сільських жителів.

Диференційований підхід до оцінювання артеріальної гіпертензії з позицій єдності соматичного та психічного компонентів дозволить виявити причини неадекватного контролю артеріального тиску та низької прихильності до лікування і на їх підставі вдосконалити терапію і профілактику ускладнень артеріальної гіпертензії.

Наразі актуальним є необхідність розробки навчальних програм для сімейних лікарів, алгоритмів лікувальної тактики і профілактики кардіоваскулярних ускладнень, які б ураховували несприятливий вплив психосоціальних факторів як причини небезпечних серцево-судинних подій.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, психосоматичні фактори.

За даними ВООЗ, у світі майже кожна четверта особа працездатного віку страждає на первинну артеріальну гіпертензію. Тенденція до захворюваності й поширеності артеріальної гіпертензії (АГ) у різних країнах має свої особливості. У країнах Європи поширеність АГ становить 30–45 % [21]. Ураховуючи рекомендації Американської асоціації серця / Американського кардіологічного коледжу (American Heart Association / American College of Cardiology (AHA / ACC) 2017), згідно з якими I стадія АГ відповідає значенням 130–139/80–89 мм рт. ст., показники поширеності захворюваності на АГ безумовно зростають [10]. За даними різних авторів, кількість осіб з гіпертензією до 2025 року збільшиться на 15–20 % і сягне близько 1,5 млрд. Особливостями вікової градації наявності АГ є те, що 60 % осіб віком понад 60 років хворіють на АГ [21]. Число пацієнтів, які не підозрюють про наявність у них АГ, становить 56,7 %; поінформовані про наявність АГ, але не лікуються – 28,8 %; отримують терапію АГ, але без адекватного контролю – 14,5 %. Цільовий рівень артеріального тиску (АТ) нижче 140/90 мм рт. ст. не вдається досягти у 69 % пацієнтів [14]. Навіть у пацієнтів з АГ дуже високого ризику цільові рівні АТ залишаються незадовільними [6].

В Україні на серцево-судинні захворювання страждають близько 14 млн осіб. Смертність від серцево-судинних захворювань є однією з найвищих як в Україні, так і в світі. У структурі загальної смертності вона сягає 65 % [9]. Артеріальна гіпертензія посідає перше місце в структурі серцево-судинних захворювань, вона наявна у 13 млн осіб. Артеріальна гіпертензія є самостійним предиктором розвитку таких хвороб, як ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні захворювання, хронічна серцева недостатність, хронічна хвороба нирок, які, в свою чергу, спричиняють ранню інвалідність і смерть [21]. Підвищення артеріального тиску є ключовим фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця. Обізнаність жителів України про наявність у них АГ становить 70 %, з яких лікується близько половини [1]. Така висока поширеність, прогностична тенденція до зростання, інвалідизуючі наслідки АГ, зокрема осіб працездатного віку, обумовлюють неабияку соціальну проблему.

Від рівня систолічного артеріального тиску залежить ризик смертності від ішемічної хвороби серця і досягає 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. Незважаючи на невтішні статистичні дані, відсоток осіб, які досягли цільового рівня артеріального тиску, залишається в популяції дуже низьким. Як наслідок, неконтрольованими є ризики розвитку ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності, інсульту, захворювань периферичних артерій, ниркової недостатності. Гіпертензія, крім вищеперахованих тяжких ускладнень серцево-судинної системи, нирок, голов-

ного мозку, призводить до раннього старіння організму. Артеріальна гіпертензія рідко є самостійним захворюванням і часто поєднується з іншими факторами кардіоваскулярного ризику (ожирінням, цукровим діабетом, атеросклерозом), які переважно виявляються вже в осіб віком 40–50 років. Гіпертензія також сприяє зниженню пам'яті та інтелекту [3]. Існує концепція «мультиmodalного ураження органів-мішеней при АГ», згідно з якою ураження органів-мішеней при АГ, такі як гіпертрофія лівого шлуночка чи дисфункція ендотелію, перестали розглядатися як наслідок прогресування АГ [10, 19].

Зі збільшенням рівня артеріального тиску до 160/95 мм рт. ст. ризик розвитку інсульту зростає в 4 рази, а при рівні артеріального тиску 200/115 мм рт. ст. – у 10 разів [21]. Тобто і сам рівень підвищення артеріального тиску має вагоме значення. Це підтверджують дані дослідження EUROASPIRE IV, в якому брала участь і Україна. Згідно з цими даними в пацієнтів з підтвердженою ішемічною хворобою серця у 42 % чоловіків і 44 % жінок рівень артеріального тиску був більше 140/90 мм рт. ст., а рівень артеріального тиску понад 130/80 мм рт. ст. мали близько 70 % пацієнтів [15]. Підвищення рівня артеріального тиску слід розглядати як один з найважливіших факторів серцево-судинного ризику, що справляє негативний вплив на виживання в загальній популяції [16]. Питання щодо визначення цільових рівнів артеріального тиску залишається відкритим. За результатами клінічного дослідження SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial 2015), більше зниження систолічного артеріального тиску (нижче 120 мм рт. ст.), порівняно з рекомендованим сьогодні цільовим рівнем (нижче 140 мм рт. ст.), призводить до значного зниження серцево-судинних захворювань, серцево-судинної і, що найважливіше, загальної смертності [11]. Незалежним фактором негативних клінічних наслідків при АГ є не тільки рівень офісного систолічного артеріального тиску, а й у ранковий час, характер добового профілю та варіабельність артеріального тиску [12].

Досягнення цільового рівня артеріального тиску має бути головним завданням не лише у світі, а й у нашій країні. Цієї мети досягти не вдається навіть країнам Західної Європи та Америки з розвинутою системою страхової медицини [13]. Можливим поясненням цього є факт низької прихильності до лікування, через те що в частини пацієнтів АГ має безсимптомний перебіг та кориговані фактори ризику різняться у різних верств населення. Зокрема, недостатньо уваги приділяють психосоціальним факторам та психосоціальної адаптації в осіб сільського та міського населення.

Поширеність АГ у міській популяції в Україні у 2010 році становила 29,6 %, у сільській популяції – 36,3 %. Рівень досягнення цільового АТ становив 15 % у міській популяції, у жителів села – менше 8 % [7]. Недостатній рівень профілактики АГ та її ускладнень, незва-

жаючи на те що це захворювання діагностують у третини дорослого населення України, залишається причиною високої смертності сільського і міського населення. Сучасна профілактика ускладнень гіпертонічної хвороби базується на концепції сумарного серцево-судинного ризику. Комплексний підхід до стратифікації серцево-судинного ризику дає змогу виділити осіб із несприятливим прогнозом щодо перебігу АГ та більш агресивно модифікувати фактори ризику. Однак кожен із цих факторів ризику переважно розглядають ізольовано, хоча серцево-судинні захворювання є багатофакторними за походженням [4].

Одним із важливих шляхів збільшення ефективності терапії при серцево-судинних захворюваннях є підвищення прихильності пацієнтів до лікування. Визначити реальну прихильність пацієнтів до терапії в клінічній практиці досить важко. В опублікованих результатах дослідження в осіб із резистентною АГ відзначено достовірно низьку прихильність до лікування. Наявність антигіпертензивних препаратів у сечі виявлено у 53 % пацієнтів з резистентною АГ, а в 30 % – у сечі не виявлено жодного антигіпертензивного препарату [10]. Тобто пацієнти вдають, що лікуються, а лікарі вдають, що лікують. Основними факторами, які впливають на прихильність до лікування, є: соціально-економічні, зумовлені системою охорони здоров'я, пов'язані з особливостями лікування, з пацієнтом [5]. Безсумнівним є те, що самоконтроль пацієнта є дуже важливим у підтриманні прихильності до лікування та контролю над артеріальним тиском, особливо коли поєднується з обізнаністю та консультуванням населення щодо АГ. Самостійний моніторинг у поєднанні з додатками до смартфонів можуть надавати ще більші переваги щодо контролю артеріального тиску [21]. Визначення справжньої поширеності АГ та факторів її ризику серед різних верств населення, статево-вікових груп, а також обізнаність людей щодо можливого безсимптомного перебігу АГ, її причини виникнення і наслідків, наявність реального контролю АГ 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 АГ знижує кількість ускладнень, покращує прогноз і підвищує якість життя [3].

Серед факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань значна роль належить психосоціальним, зокрема тривожним і депресивним розладам. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 року за умови продовження темпів зростання депресивної симптоматики її поширеність збільшиться на 5,7 % і стане другою причиною інвалідизації населення у світі після ішемічної хвороби серця. Частка розладів психічного здоров'я сягає 12 % у структурі інших хвороб в усіх країнах світу, причому в осіб молодого

віку. Неабиякого значення ці чинники набули і в українській популяції. За результатами проведеного на початку 2015 року у 22 областях України соціологічного опитування, наявність у них тривоги зазначали 63 % респондентів [1, 2]. Депресивні розлади – це найбільш соматизовані психічні відхилення [8, 9]. У загальній популяції депресивні розлади простежуються у 5–17 % випадків [9, 17, 18]. Значний відсоток депресивних станів у поєднанні із 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 [4, 9]. Серед соціологічних факторів ризику розвитку психосоматичних розладів мають місце стать (у жінок більш виражена психосоматична патологія), низький рівень освіти та положення в соціумі, стресові життєві події, власне 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. В умовах теперішнього часу простежується 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, що є найпоширенішими формами соціального нездоров'я. Безробіття, часта зміна роботи і місця проживання, високий рівень розлучень, тіньова економіка і корупція, локальні воєнні конфлікти – усе це посилює стрес, насамперед серед чоловіків працездатного віку і молоді [9]. Залежність фізичного здоров'я пацієнта від його психічного стану ретельно досліджується сучасними науковцями. Неможливо виключити той факт, що соматична хвороба як процес спричинена впливом психологічних і емоційних чинників [20].

Підхід до АГ з позицій єдності соматичного та психічного компонентів дозволить виявити причини неадекватного контролю АТ та низької прихильності до лікування й створити програму запобігання цим розладам. Проведення психологічної роботи з жителями сільського і міського населення допоможе виявити частку психосоматичних розладів у розвитку АГ та краще зрозуміти пацієнта, а отже, покращить прихильність до терапії та прогноз основного захворювання, збереже психосоціальну адаптацію хворого, підвищить якість життя з повноцінним соціальним функціонуванням [1].

Стан проблеми потребує розробки навчальних програм для лікарів загальної практики, алгоритмів лікувальної тактики та профілактики при виявленні пацієнтів зі зв'язком психосоматичних факторів у розвитку АГ [6, 9].

ВИСНОВКИ

1. Причинами високих рівнів артеріального тиску є недостатня обізнаність населення щодо наслідків гіпертонічної хвороби та низька прихильність до лікування.

2. Поширеність АГ в осіб сільського та міського населення є різною та має свої фактори ризику.

3. Підхід до АГ з позицій єдності соматичного та психічного компонентів дасть змогу виявити причини неадекватного контролю АТ та низької прихильності до лікування.

Cherkun M. P., postgraduate student

Katerenchuk I. P., Doctor of Medical Science, Professor

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

The modern views on arterial hypertension provoked by adverse influence of psychosomatic factors as a major cause of dangerous cardiovascular events

SUMMARY. The article shows an analysis of psychosomatic factors' influence on the occurrence and progression of primary hypertension and its complications.

It is noted, that primary hypertension occupies the first place in cardiovascular diseases structure in Ukraine and also has the role of an independent predictor of such diseases as coronary arteries disease, cerebrovascular diseases, chronic heart failure, chronic renal insufficiency. The high prevalence, the trend to increase risk-prognosis values and disabling effects of arterial hypertension on physical condition (incl. for working-age population) make it an important social problem.

Arterial hypertension is rarely represented as a primary disease, it is usually combined with other cardiovascular risk factors (obesity, type 2 diabetes mellitus, atherosclerosis) that are usually diagnosed at the age of 40–50 years.

The achievement of target blood pressure value should be the main task for a clinician. Hence, an insufficient adherence to the treatment is usually observed and predominantly caused by its asymptomatic clinical course with insufficient attention paid to the differential influence of psychosocial factors and psychosocial adaptations of urban and rural populations. However, at the same time, it is one of the most important aspects of arterial hypertension successful treatment.

The significant growth in psychosomatic disorders prevalence has become crucial as for mental, as for somatic disorders and, in particular, for the clinical course of arterial hypertension. Social disadaptation has an unfavourable influence on the health of urban and rural populations.

So, the differential approach of arterial hypertension evaluation, including somatic and psychological components, makes possible to determine the causes of inadequate blood

pressure control and low adherence to the treatment that may improve further results of arterial hypertension and its complications treatment and prevention.

Nowadays, it is important to create educational programs for family doctors, algorithms of cardiovascular diseases prevention considering the unfavourable effects of psychosocial factors as the cause of dangerous cardiovascular events.

KEYWORDS: arterial hypertension, psychosomatic factors.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кваша ОО, Смирнова ІП, Горбась ІМ, Срібна ОВ. Динаміка структури ліпідного фактора серцево-судинного ризику протягом 35 років у міській популяції чоловіків. Український кардіологічний журнал. 2016;2:54–60.
2. Корнацький ВМ, Дяченко ЛО, Михальчук ВМ. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення. Український кардіологічний журнал. 2017;2:106–13.
3. Лашкул ЗВ. Особливості епідеміології артеріальної гіпертензії та її ускладнень на регіональному рівні з 1999 по 2013 роки. Сучасні медичні технології. 2014;2:134–141.
4. 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.
5. Ніколаєнко ВБ. Серцево-судинні захворювання: сучасні підходи до лікування. Український медичний часопис. 2018;Т. 2, № 1(123):16–21.
6. Сиренко ЮН, Рековец ОЛ. Атенло – новое слово в лечении артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия. 2018;1:9–14.
7. Сиренко ЮН, Радченко ГД, Марцовенко ІМ. Різниця у частоті досягнення цільового артеріального тиску між окремими регіонами України. Артериальная гипертензия. 2009;5:13–23.
8. Устінов ОВ. Стан і подальший розвиток вітчизняної кардіологічної служби. Укр.мед.часопис. 2014;2(100):3–4.
9. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини. – К., 2017. – 661 с.
10. Acevedo M, Valentino G, Kramer V, Bustamante MJ, Adasme M, Orellana L, Baraona F, Navarrete C. Evaluation the American College of Cardiology and American Heart Association Predictive score for cardiovascular diseases. Rev. Med. Chil. 2017;145(3):292–8.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000300002>
11. Bress AP, Kramer H, Khatib R, Beddhu S, Cheung AK, Hess R, Bansal VK, Cao G, Yee J, Moran AE, Durazo-Arvizu R, Muntner P, Cooper RS. 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 Survey). Circulation. 2017;135:1617–28.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025322>
12. Cheng HM, Wu CL, Sung SH, Lee JC, Kario K, Chiang CE, Huang CJ, Hsu PF, Chuang SY, Lakatta EG, Yin FCP, Chou P, Chen CH. 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):e007667.
<https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007667>

-
13. Falaschetti E, Mindell J, Knott C, Poulter N. Hypertension management in England: a serial cross-sectional study from 1994 to 2011. *Lancet*. 2014;383:1912–9.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60688-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60688-7)
 14. James JE. Hypertension control and cardiovascular disease. *Lancet*. 2017;389:154.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30017-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30017-X)
 15. Kotseva K, Wood D, De Backer G. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Journal of Preventive Cardiology*. 2016;23:1–13.
 16. 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:b1665.
 17. McBain R, Salhi C, Morris JE, Salomon JA, Betancourt TS. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117 low- and middle-income countries. *Br. J. Psychiatry*. 2012;201(6):444–50.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112318>
 18. Olde Hartman TC, Lucassen PL. Depression prevention in primary care is not worthwhile. *Ned. Tijdschr. Geneeskd*. 2016;160:D639.
 19. van den Berg MJ, Bhatt DL, Kappelle LJ, de Borst GJ, Cramer MJ, van der Graaf Y, Steg PG, Visseren FLJ; SMART study group; REACH Registry investigators. Identification of vascular patients at very high risk for recurrent cardiovascular events: validation of the current ACC/AHA very high risk criteria. *Eur Heart J*. 2017;38(43):3211–8.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx102>
 20. Wise TN, Balon R. Psychosomatic medicine in the 21st century: understanding mechanisms and barriers to utilization. *Adv. Psychosom. Med*. 2015;34:1–9.
<https://doi.org/10.1159/000369043>
 21. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–04.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

REFERENCES

1. Kvasha OO, Smirnova IP, Gorbas IM, Sribna OV. [Dynamics in the structure of lipid factor of cardiovascular risk at 35 years follow-up among urban male population]. *Ukrainskyi kardiologichnyi zhurnal*. 2016;2:54–60. (in Ukrainian).
2. Kornatsky VM, Dyachenko LO, Mykhalchuk VM. [The influence of psychosocial factors upon health status and quality of life of the population]. *Ukrainskyi kardiologichnyi zhurnal*. 2017;2:106–13. (in Ukrainian).
3. Lashkul ZV. [Features epidemiology of hypertension and its complications at the regional level in 1999–2013]. *Suchasni medychni tekhnolohii*. 2014;2:134–41. (in Ukrainian).
4. Mitchenko OI, Romanov VU. [Optimization of treatment and correction of cardiovascular risk in patients with arterial hypertension and metabolic syndrome]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. 2015;2(106):67–70. (in Ukrainian).

5. Nikolaienko VB. [Cardiovascular disease: modern treatment approaches]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. 2018;2 Suppl. 1(123):16–21. (in Ukrainian).
6. Sirenko YuM, Rekovets OL. [Attento – advance in the treatment of arterial hypertension]. *Arterial hypertension*. 2018;1:9–14. (in Russian).
<https://doi.org/10.22141/2224-1485.1.57.2018.125494>
7. Sirenko YuM, Radchenko HD, Martsovenko IM. [The difference in the frequency of achieving target blood pressure between different regions of Ukraine]. *Arterialnaya gipertenziya*. 2009;5:13–23. (in Ukrainian).
8. Ustinov OV. [Status and further development of the national cardiological service]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. 2014;2(100):3–4. (in Ukrainian).
9. [Annual Report of the Human Rights Commissioner of the Verkhovna Rada of Ukraine on the state of observance of human rights and freedoms]. Kyiv; 2017.
10. Acevedo M, Valentino G, Kramer V, Bustamante MJ, Adasme M, Orellana L, Baraona F, Navarrete C. [Evaluation the American College of Cardiology and American Heart Association Predictive score for cardiovascular diseases]. *Rev. Med. Chil*. 2017;145(3):292–8. (in Spanish).
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000300002>
11. Bress AP, Kramer H, Khatib R, Beddhu S, Cheung AK, Hess R, Bansal VK, Cao G, Yee J, Moran AE, Durazo-Arvizu R, Muntner P, Cooper RS. 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 Survey). *Circulation*. 2017;135:1617–28.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025322>
12. Cheng HM, Wu CL, Sung SH, Lee JC, Kario K, Chiang CE, Huang CJ, Hsu PF, Chuang SY, Lakatta EG, Yin FCP, Chou P, Chen CH. 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):e007667.
<https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007667>
13. Falaschetti E, Mindell J, Knott C, Poulter N. Hypertension management in England: a serial cross-sectional study from 1994 to 2011. *Lancet*. 2014;383:1912–9.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60688-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60688-7)
14. James JE. Hypertension control and cardiovascular disease. *Lancet*. 2017;389:154.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30017-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30017-X)
15. Kotseva K, Wood D, De Backer G. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Journal of Preventive Cardiology*. 2016;23:1–13.
16. 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:b1665.
17. McBain R, Salhi C, Morris JE, Salomon JA, Betancourt TS. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117 low- and middle-income countries. *Br. J. Psychiatry*. 2012;201(6):444–50.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112318>
18. Olde Hartman TC, Lucassen PL. [Depression prevention in primary care is not worthwhile]. *Ned. Tijdschr. Geneesk*. 2016;160:D639. (in Dutch).

19. van den Berg MJ, Bhatt DL, Kappelle LJ, de Borst GJ, Cramer MJ, van der Graaf Y, Steg PG, Visseren FLJ; SMART study group; REACH Registry investigators. Identification of vascular patients at very high risk for recurrent cardiovascular events: validation of the current ACC/AHA very high risk criteria. *Eur Heart J.* 2017;38(43):3211–8.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx102>

20. Wise TN, Balon R. Psychosomatic medicine in the 21st century: understanding mechanisms and barriers to utilization. *Adv. Psychosom. Med.* 2015;34:1–9.

<https://doi.org/10.1159/000369043>

21. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021–04.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

Стаття надійшла в редакцію 04.12.2018 р.