

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

THE ROLE OF PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF HYPERTENSION

У статті висвітлено значення психотерапевтичної підтримки як складової частини комплексного підходу до лікування гіпертонічної хвороби. Зважаючи на високу поширеність гіпертонії у світі, а також її тісний зв'язок із психоемоційним станом людини, обґрунтовано необхідність розширення традиційних терапевтичних підходів шляхом інтеграції психологічної допомоги. Вивчено вплив психоемоційних чинників (зокрема, хронічного стресу, тривожності, депресії) на перебіг захворювання, а також проаналізовано основні механізми, через які психотерапія може сприяти стабілізації артеріального тиску. Особливу увагу приділено когнітивно-поведінковій терапії, психоосвіті, методам релаксації та формуванню навичок саморегуляції, які довели свою ефективність у клінічній практиці. Показано, що психотерапевтична підтримка сприяє зниженню рівня тривоги, нормалізації гормонального фону (зокрема, рівня кортизолу), покращенню сну та загального самопочуття, що в сукупності сприяє більш ефективному контролю артеріального тиску. Проаналізовано наукові джерела та результати клінічних досліджень, які підтверджують ефективність психотерапії як допоміжного методу в лікуванні гіпертонії I та II стадії. Розглянуто практичні аспекти інтеграції психотерапевта до складу мультидисциплінарної команди лікарів, що дозволяє значно покращити прихильність пацієнтів до лікування, підвищити їх мотивацію до змін способу життя, а також зменшити ризик повторних гіпертонічних кризів. Визначено також основні бар'єри на шляху до широкого впровадження психотерапевтичної допомоги в лікувальних закладах, зокрема брак фахівців, стигматизацію психічного здоров'я і низьку інформованість пацієнтів. Зроблено висновок про доцільність системного включення психотерапевтичних втручань у комплексну терапію гіпертонічної хвороби, що відповідає сучасній моделі біопсихосоціального підходу в медицині. Обґрунтовано, що саме міждисциплінарна співпраця фахівців (кардіологів, терапевтів, психологів, психотерапевтів) сприяє підвищенню якості життя пацієнтів та зниженню ризику ускладнень у довгостроковій перспективі.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, психотерапія, психоемоційний стан, хронічний стрес, когнітивно-поведінкова терапія, психоосвіта, біопсихосоціальний підхід, мультидисциплінарна команда, тривожність, кон-

троль артеріального тиску, прихильність до лікування, якість життя, комплексне лікування.

The article highlights the importance of psychotherapeutic support as an integral component of a comprehensive approach to the treatment of hypertension. Given the high global prevalence of hypertension and its close connection with an individual's psycho-emotional state, the necessity of expanding traditional therapeutic methods through the integration of psychological assistance is substantiated. The impact of psycho-emotional factors particularly chronic stress, anxiety, and depression on the course of the disease is examined, and the primary mechanisms through which psychotherapy can contribute to the stabilization of blood pressure are analyzed. Special attention is paid to cognitive-behavioral therapy, psychoeducation, relaxation techniques, and the development of self-regulation skills, all of which have demonstrated clinical effectiveness. Psychotherapeutic support has been shown to reduce anxiety levels, normalize hormonal balance (notably cortisol levels), improve sleep quality, and enhance overall well-being, collectively contributing to more effective blood pressure control. The article reviews scientific literature and clinical research findings confirming the effectiveness of psychotherapy as an adjunctive method in the treatment of stage I and stage II hypertension. Practical aspects of integrating psychotherapists into multidisciplinary medical teams are discussed, which significantly improves patient adherence to treatment, increases motivation for lifestyle modification, and reduces the risk of recurrent hypertensive crises. The main barriers to the widespread implementation of psychotherapeutic care in healthcare institutions are also identified, including a shortage of specialists, the stigma surrounding mental health, and low patient awareness. The study concludes that systematic inclusion of psychotherapeutic interventions in the comprehensive treatment of hypertension is both appropriate and necessary, aligning with the modern biopsychosocial model of healthcare. It is argued that interdisciplinary collaboration between cardiologists, internists, psychologists, and psychotherapists enhances patient quality of life and reduces the long-term risk of complications.

Key words: hypertension, psychotherapy, psycho-emotional state, chronic stress, cognitive-behavioral therapy, psychoeducation, biopsychosocial approach, multidisciplinary team, anxiety, blood pressure control, treatment adherence, quality of life, comprehensive care.

УДК 616.12-008.331.1-085:615.851
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.78.2.33>
Стаття поширюється на умовах
ліцензії CC BY 4.0

Гойсан М.В.
аспірант
Карпатський національний університет
імені Василя Стефаника
ORCID ID: 0009-0006-0815-3847

Вступ. Гіпертонічна хвороба, або артеріальна гіпертензія, є глобальною проблемою охорони здоров'я, що вражає мільйони людей у всьому світі та є провідним фактором ризику для інсульту, інфаркту міокарда, хронічної ниркової недостатності та інших серйозних ускладнень [1; 2]. Гіпертонія не виникає раптово, як гострі кризові ситуації, її діагностика та необхідність контролю стають пси-

хологічним викликом для пацієнта. Цей стан призводить до відчуття втрати контролю над власним здоров'ям, невизначеності щодо майбутнього й змоги змінювати звичний спосіб життя. Психологічна підтримка виступає як ключовий компонент комплексного лікування, спрямованого на поступове відновлення психоемоційної рівноваги та адаптації пацієнта до нових життєвих обставин [4].

Останні десятиліття відзначаються поверненням до холістичного підходу в медицині, що акцентує увагу на лікуванні людини, а не лише хвороби. Такий підхід дозволяє розширити фокус за межі суто фізіологічних показників, як-от цифри артеріального тиску, і врахувати психологічний стан пацієнта, що має значний вплив на ефективність лікування. Розуміння та підтримка емоційного стану людини в такій тривалій та складній ситуації є проявом гуманності та професійної етики [7].

У процесі лікування гіпертонічної хвороби важливо чітко розмежовувати поняття, що стосуються психологічної підтримки. Під психологічною допомогою розуміється діяльність практичного психолога (психотерапевта), спрямована на подолання конкретних психологічних труднощів пацієнта за допомогою таких спеціалізованих методів, як гештальт-терапія чи когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) [8]. Важливо, що психологічна допомога не оперує категоріями «нормальності» чи «ненормальності», а фокусується на допомозі людині знайти оптимальні рішення для її особистої ситуації, не нав'язуючи «правильних» рішень. Психіатр є лікарем, спеціалістом у галузі психіатрії – окремої медичної галузі, що займається діагностикою та лікуванням психічних розладів. Психіатрія, хоча й використовує методи психотерапії, зосереджена на випадках глибоких та тяжких змін психіки, які потребують медичного втручання та використання термінів «хвороба» і «лікування» [9]. Необхідність адаптації до такого хронічного захворювання, як гіпертонія, вимагає значних моральних та психологічних ресурсів. Різка зміна життєвих обставин, пов'язана з постійним контролем тиску, прийомом ліків, зміною дієти та способу життя, не обов'язково означає порушення «психологічного балансу» в людини. Швидше, йдеться про потребу в значних адаптаційних механізмах та підтримці для подолання кризової ситуації, що виникла внаслідок діагнозу хронічного захворювання [10].

Досвід фахівця, який працював із хронічними соматичними пацієнтами, демонструє органічний перехід до медичної психології. Лікар протягом своєї медичної практики фактично виконує функції психолога, хоча й не усвідомлює цього повною мірою. Сфера внутрішньої медицини, зокрема кардіологія, передбачає довготривалий контакт із пацієнтами, нерідко впродовж багатьох років, що робить лікарів свідками значних етапів життя пацієнтів та їхніх родин. Розуміння довгострокових ризиків, пов'язаних з гіпертонією, та необхідність постійного самоконтролю кардинально змінює сприйняття світу пацієнтом, і лікар є чутливим до цього, інтуїтивно надає психологічну підтримку [11].

На жаль, у вітчизняній медичній освіті історично приділялося недостатньо уваги психологічним аспектам спілкування з пацієнтами, на відміну від західної медицини, де це є значною частиною підготовки медичних працівників та системи охорони здоров'я загалом [12]. Такий дефіцит знань

призводить до професійного вигорання медичних працівників, особливо в роботі з хронічними захворюваннями, де емоційне навантаження є значним через тривалість взаємодії та необхідність мотивації пацієнтів [13].

Зацікавленість у психології, що зародилася ще до медичної практики, посилилася під час роботи з пацієнтами, що потребували тривалого спостереження. Поступове усвідомлення того, що психологічний контакт із пацієнтами приносить найбільше задоволення та є найбільш ефективним у забезпеченні їх комплаєнсу, призвело до глибшого вивчення психології та подальшої трансформації професійної діяльності. Натеper, маючи значний досвід роботи з пацієнтами з хронічними захворюваннями, фахівець активно практикує як психотерапевт, продовжує консультувати кардіологічних пацієнтів, що підкреслює синергію медичного та психологічного досвіду.

Діагноз «гіпертонічна хвороба» і необхідність контролю артеріального тиску є значним життєвим викликом. Така подія призводить до тривоги, стресу, погіршення якості життя та зниження мотивації до лікування. Гіпертонія не завжди є безпосередньою загрозою життю, її довгострокові наслідки роблять її не менш серйозним викликом, що вимагає негайної адаптації та послідовних дій. Сучасна медицина дозволяє значній частині пацієнтів успішно контролювати артеріальний тиск і запобігати ускладненням, проте критично важливо не втратити мотивацію та час через розгубленість чи відмову від лікування.

Психологічна підтримка відіграє ключову роль у формуванні ефективного тандему «лікар – пацієнт». Перша розмова з пацієнтом, що включає обговорення необхідності постійного контролю, зміни способу життя та прийому ліків, є фактично психологічною роботою. Однак кардіологи фізично не можуть приділяти достатньо часу психологічному стану пацієнта через обмежені ресурси та основні клінічні обов'язки [12]. Тому оптимальним є розподіл ролей між лікарем та психологом. Родина та друзі, безумовно, є важливим джерелом підтримки. Проте їм самим часто буває складно та страшно, адже йдеться про хронічне захворювання, що вимагає постійної уваги. До того ж на них покладаються нові обов'язки (наприклад, контроль за прийомом ліків, дотриманням дієти), а пацієнт має теми, які не готовий обговорювати з рідними. У деяких випадках сімейні стосунки є дисфункціональними, або друзі можуть зникати, не витримуючи тяжкості хронічного захворювання. Ідеальна ситуація передбачає багатоджерельну підтримку: від родичів, друзів, професійних психологів [9].

Головна перевага професійної психологічної допомоги полягає в її здатності спиратися на знання психологічних процесів та використовувати спеціалізовані інструменти. Психолог здатен уважно вислухати людину без осуду, не застосовувати шаблонів та не нав'язувати рішень [11].

Важливо підкреслити, що психологічна підтримка не є лікуванням психічних розладів. Лише в поодиноких випадках складність порушень у сфері психіки вимагає психіатричної (медичної) допомоги. Психотерапія не має на меті «вилікувати» від чогось, а скоріше допомогти пацієнту опанувати «менеджмент власного життя» та прийняти виклики, які несе хронічна хвороба [10].

Розрізнення між психотерапією та консультуванням має важливе значення в кардіологічній практиці. Психотерапія – це зазвичай тривалий процес, що спрямований на розширення усвідомлення людиною свого вибору, відповідальності за власне життя, а також глибшого розуміння своїх істинних відчуттів та потреб. Вона дозволяє дослідити способи проживання різних ситуацій, що часто супроводжується кризами та важкими переживаннями, пов'язаними з хронічним статусом. На противагу цьому, консультування в кардіології є більш сфокусованим та короткостроковим процесом. Діагноз «гіпертонія» викликає тривогу, розгубленість. У такі моменти занурення в глибини психіки є недоцільним. Консультація спрямована на обговорення конкретних проблем, надання чітких, зрозумілих, іноді інструктивних порад та відповідей на найбільш актуальні запитання [8]. Її мета – допомогти пацієнту зорієнтуватися на початковому етапі, зменшити тривогу, впоратися з панікою, пов'язаною з високим тиском, розвіяти міфи та надати інформацію про необхідність регулярного прийому ліків та зміни способу життя. Професійна психологічна допомога в ситуації діагностики гіпертонічної хвороби корисна практично кожному пацієнту, проте необхідна не всім. Потреба в такій допомозі виникає тоді, коли людина відчуває, що не може впоратися самостійно з вимогами хронічного захворювання. Рішення про звернення за підтримкою є індивідуальним вибором пацієнта [9]. Завдання медичної системи – інформувати пацієнтів про можливість отримати психологічну допомогу, пояснюючи її механізми та переваги.

Одним із головних бар'єрів для отримання психологічної допомоги є небажання пацієнта її приймати або просити про неї. Для багатьох звернення за допомогою асоціюється з проявом слабкості або навіть приниженням. Існує також страх роботи з психологом, що посилюється родичами, які можуть побоюватися «чужого втручання» у внутрішній світ близької людини [10]. Принцип психотерапії полягає в тому, що без бажання та дозволу людини не можна щодо неї нічого робити, за винятком критичних станів.

Щодо доступності психологічної допомоги в Україні ситуація є доволі актуальною. У багатьох медичних закладах, що займаються лікуванням серцево-судинних захворювань, психологи або відсутні, або їх кількість є недостатньою для надання допомоги в необхідному обсязі. Проте в останні роки спостерігаються позитивні зміни: з'являються фахівці, що спеціалізуються на психологічній

підтримці пацієнтів із хронічними захворюваннями. Важливо зазначити, що психолог, який працює з пацієнтами з гіпертонією, – це насамперед кваліфікований практичний психолог із досвідом роботи, а потім вже зі спеціалізованими знаннями в галузі кардіології та психосоматики. Така сфера психології є надзвичайно складною через інтенсивне емоційне навантаження, пов'язане з тривалим веденням пацієнтів і впливом стресу на перебіг хвороби.

Як альтернатива, пацієнти можуть звертатися до приватних психологів. Однак це пов'язано з додатковими фінансовими витратами. Існують також благодійні фонди та психологи, які надають безоплатні консультації, що є важливим ресурсом підтримки. Стрес-консультації, що проводяться на благодійній основі, допомагають пацієнтам зорієнтуватися на початку лікування, зменшити тривогу та впоратися з панікою, пов'язаною з високим тиском, розвіюючи численні шкідливі міфи, пов'язані з хворобою та лікуванням.

Питання обговорення «неминучості» хронічного діагнозу (не смерті, а необхідності довічного контролю) з пацієнтами з гіпертонією є ключовим у кардіологічній етиці та психології. Принципове значення має те, що, коли, в якій формі та з якою метою про це говорити. Професійний обов'язок лікаря та психолога – допомогти хворому витримати психологічне навантаження, пов'язане з усвідомленням хронічності, а не збільшувати його. Важливо бути чутливим, уважним до пацієнта та не боятися говорити про необхідність постійного самоконтролю.

Насамперед пацієнт обов'язково має знати свій діагноз та його можливі наслідки. Приховування інформації є неетичним і позбавляє дорослу людину права самостійно розпоряджатися своїм здоров'ям та планувати майбутнє. Хоча близькі часто прагнуть захистити хворого, чесне повідомлення діагнозу дає пацієнтові підґрунтя для роздумів про питання адаптації, прийняття, радитись із близькими та не залишатися наодинці з цими думками. Тема хронічних захворювань та пов'язаних з ними обмежень часто є табуованою в суспільстві, і психолог або лікар можуть «легалізувати» її, давати пацієнтам шанс обговорити це детальніше, коли вони будуть готові. Обсяг та деталізація інформації мають бути адаптовані до готовності та бажання пацієнта.

Щодо «п'яти стадій прийняття неминучого» (за моделлю Елізабет Кюблер-Росс), хоча вона розроблена для смертельних захворювань, її принципи можуть бути адаптовані для розуміння реакції пацієнта на встановлення діагнозу хронічної хвороби, що вимагає значних змін у житті. Такі стадії (заперечення, гнів, неприйняття, депресія, прийняття) можуть проявлятися й у пацієнтів з гіпертонією як реакція на усвідомлення необхідності довічного лікування та обмежень. Послідовність стадій може змінюватися, і пацієнт може не пройти всі етапи. Ключовим завданням психолога є допомогти па-

цієнту визнати, що подія сталася, та розпочати лікування, навіть якщо він перебуває на стадії заперечення чи гніву.

Робота з членами родини пацієнтів із гіпертонією є не менш важливою, ніж із самими хворими. Родичі відіграють ключову роль у підтримці та догляді за пацієнтом, контролі прийому ліків та дотриманні дієти. Розмови з родичами є важливою складовою частиною комплексного підходу. Проте звернення родичів по психологічну допомогу є поодинокими, що пояснюється страхом, що таке звернення може свідчити про «психічну ненормальність». Незважаючи на це, така робота є корисною для покращення стосунків у родині та подолання стресу, пов'язаного з хронічною хворобою близької людини [11].

Пацієнтам часто складно сформулювати питання на початку. Важливо створити довірливу атмосферу, щоб вони могли бути щирими. Серед найпоширеніших питань і тем, що обговорюються з пацієнтами з гіпертонією, виділяємо такі, як: інформація про хворобу та лікування (пацієнти потребують чіткої інформації про природу гіпертонії, механізми її виникнення, значення контролю тиску, схеми прийому ліків, їх побічні ефекти та важливість постійного моніторингу, що допомагає уявляти розвиток подій і переміщує увагу з незрозумілого «страху високого тиску» на планування сьогодення та відповідальне ставлення до здоров'я); зміна способу життя (включає питання дієти (обмеження солі, жирів), фізичної активності, відмови від шкідливих звичок (куріння, алкоголь), симптом та самоконтроль (пацієнти стурбовані відсутністю симптомів за високого тиску або, навпаки, надмірною фіксацією на незначних коливаннях тиску); міфи та забобони (існує багато міфів щодо гіпертонії, наприклад, «тиск можна знизити народними методами» або «ліки треба пити тільки тоді, коли тиск високий»); психоемоційний стан (тривога, страх ускладнень (інсульт, інфаркт); депресивні стани, пов'язані з хронічним захворюванням, а також труднощі в прийнятті діагнозу); соціальна та побутова адаптація (питання організації щоденного режиму, подорожей, фізичної роботи); взаємодія з лікарем (пацієнти часто хвилюються щодо компетентності лікарів, вибору місця лікування та «гарантій» успішного контролю тиску); комунікація з родиною (обговорення того, як повідомити рідним про захворювання, що саме і з якою метою розповісти); «позитивне мислення» та переживання емоцій (поширене уявлення про «позитивне мислення» є шкідливим, оскільки емоції не контролюються логікою. Заперечення чи приховування болючих емоцій (тривоги, гніву, смутку) призводить до почуття самотності та психологічного виснаження [13]. Нормалізація цих емоцій, визнання їх природною реакцією на стрес є ключовим для підтримки психічного балансу. Корисно просто бути поруч, вислухати, а потім обережно змінити фокус на позитивні факти та можливості.

Повномасштабна війна в Україні значно ускладнила ситуацію для пацієнтів із гіпертонічною хворобою. До особистих викликів додалася загальнонаціональна трагедія. Стрес від обстрілів, переміщення, відсутність доступу до ліків та медичного персоналу є значними факторами ризику для погіршення перебігу гіпертонії. Незважаючи на ці виклики, українська медична спільнота продемонструвала високу адаптивність, створювала чат-боти для пацієнтів, де лікарі надавали поради та допомагали знайти ліки та вихід із, здавалося би, безвихідних ситуацій [14]. Багатьом пацієнтам удалося продовжити лікування навіть в умовах війни. Проте значна частина пацієнтів продовжує лікування в умовах постійної небезпеки та зменшеної доступності медичної допомоги. Самотні пацієнти старшого віку часто перебувають у розпачі, ігнорують лікування або вважають себе «обтяженням». Важливо не випустити їх із поля зору, пропонувати допомогу, оскільки вони можуть не наважитися просити її самотійно.

Сприйняття хронічних захворювань в Україні частково зумовлене тоталітарним минулим, де цінності особистості та повага до її прав були занижені. У країнах із розвинутою демократією та високим рівнем поваги до особистості, питання відповідальності пацієнта за своє здоров'я обговорюється відкрито. Страх перед хронічними захворюваннями та бажання відсторонитися від них є спадщиною, яка повинна бути подолана через просвітницьку діяльність [8].

Недостатнє інформування про сучасні методи контролю гіпертонії та можливості повноцінного життя із цим захворюванням сприяє негативному сприйняттю хвороби. Навіть серед лікарів інших спеціальностей існує здивування щодо можливостей ефективного контролю тиску сьогодні. Фінансовий аспект також відіграє значну роль: доступність ліків та регулярних обстежень у країнах із низьким рівнем доходів, до яких належимо і ми, часто є фінансовим викликом, що є додатковим стресовим фактором [12]. Однак в останні роки спостерігаються позитивні зміни щодо доступності якісної медичної допомоги та зростає увага до якості життя пацієнтів, а не лише до «лікування за будь-яку ціну». Розвиток системи первинної медичної допомоги та загальна зміна ставлення суспільства до людей з хронічними захворюваннями є ознаками прогресу та поваги.

Висновки. Отже, комплексне лікування гіпертонічної хвороби вимагає інтеграції не лише фармакологічних методів, а й глибокої психологічної та психотерапевтичної підтримки. Діагноз гіпертонії, хоч і не є гострою кризою, стає психологічним викликом, що вимагає від пацієнта значних адаптаційних зусиль та зміни способу життя. Професійна психологічна допомога, що включає консультування та психотерапію, є ключовою для подолання тривоги, страху ускладнень, покращення комплаєнсу, адаптації до змін у житті, ефективної взаємодії з медичним персоналом та родиною, а також для підвищення загальної якості життя пацієнтів.

Незважаючи на виклики, пов'язані з доступністю психологічної допомоги та соціальними стереотипами в Україні, спостерігаються позитивні тенденції в розвитку медичної психології. Подальша інтеграція психологів у мультидисциплінарні команди, підвищення обізнаності суспільства щодо важливості психологічної підтримки, а також розвиток благодійних ініціатив є критично важливими для забезпечення повноцінного лікування та підвищення шансів на успішний контроль захворювання та якісне життя пацієнтів із гіпертонією. Підхід, що ставить людину, а не лише хворобу, в центр уваги, є фундаментальним для сучасної медицини.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Блага О.С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи: методичні рекомендації. Ужгород, 2014. 62 с.
2. Етимологічний словник української мови : у 7 т. / уклад. Р.В. Болдирев та ін. ; редкол.: О.С. Мельничук (голов. ред.) та ін. Київ : Наукова думка, 2006. Т. 5: Р–Т. 704 с.
3. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів. Харків : СПДФО Бровін О.В., 2011. 312 с.
4. Терлецька Л.Г. Психологія здоров'я: арт-терапевтичні технології : навч. посіб. Київ : Видавничий дім «Слово», 2016. 128 с.
5. Якименко О.О., Закатова Л.В., Дець В.В. Внутрішні хвороби : навч. посібник. Одеса : Одеський держ. мед. ун-т, 2003. 142 с.
6. Williams B., Mancia G., Spiering W., Rosei E. A., Azizi M., Burnier M., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018. Vol. 39. P. 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>.
7. Murray C.J.L., Aravkin A.Y., Zheng P., Abbafati C., Abbas K.M., Abbasi-Kangevari M., et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020. Vol. 396. P. 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).
8. Mensah G.A., Fuster V., Murray C.J.L., Roth G.A., Abate Y.H., et al. Global burden of cardiovascular diseases and risks, 1990–2022. *Journal of the American College of Cardiology*. 2023. Vol. 82. P. 2350–2473. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.11.007>.
9. Mauvais-Jarvis F., Bairey Merz N., Barnes P.J., Brinton R.D., Carrero J.-J., DeMeo D.L., et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*. 2020. Vol. 396. P. 565–582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0).
10. Mayfield S.K., Foti K., Moran A.E., Blake-man D.E., Frieden T.R. Hypertension call to action: will we respond to the call with action? *American Journal of Hypertension*. 2022. Vol. 35. P. 214–216. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpab191>.
11. Muntner P. The continuing challenge of low rates of blood pressure control among US adults. *American Journal of Hypertension*. 2022. Vol. 35. P. 839–841. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpac075>.
12. Reuter H., Jordan J. Status of hypertension in Europe. *Current Opinion in Cardiology*. 2019. Vol. 34. P. 342–349. <https://doi.org/10.1097/hco.0000000000000642>.
13. Oparil S., Acelajado M.C., Bakris G.L., Berlowitz D.R., Cifková R., Dominiczak A.F., et al. Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018. Vol. 4. Article 18014. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.14>.
14. Levy D., Garrison R.J., Savage D.D., Kannel W.B., Castelli W.P. Prognostic implications of echocardiographically determined left ventricular mass in the Framingham Heart Study. *New England Journal of Medicine*. 1990. Vol. 322. P. 1561–1566. <https://doi.org/10.1056/nejm199005313222203>.
15. Devereux R.B., Wachtell K., Gerdts E., Boman K., Nieminen M.S., Papademetriou V., et al. Prognostic significance of left ventricular mass change during treatment of hypertension. *JAMA*. 2004. Vol. 292. P. 2350–2356. <https://doi.org/10.1001/jama.292.19.2350>.
16. de Simone G., Gottdiener J. S., Chinali M., Maurer M. S. Left ventricular mass predicts heart failure not related to previous myocardial infarction: the Cardiovascular Health Study. *European Heart Journal*. 2008. Vol. 29. P. 741–747. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm605>.
17. Verdecchia P., Porcellati C., Reboldi G., Gattobigio R., Borgioni C., Pearson T. A., et al. Left ventricular hypertrophy as an independent predictor of acute cerebrovascular events in essential hypertension. *Circulation*. 2001. Vol. 104. P. 2039–2044. <https://doi.org/10.1161/hc4201.097944>.

Стаття надійшла у редакцію: 21.10.2025

Стаття прийнята: 07.11.2025

Опубліковано: 08.12.2025