

ХРОНІЧНИЙ СТРЕС ВОЄННОГО ЧАСУ ЯК ЧИННИК ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ*

Коваль С. М.¹, Пенькова М. Ю.¹, Мисниченко О. В.¹, Литвинова О. М.²

¹ Державна установа «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна;

² Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
sergekovalmd@gmail.com

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найбільш розповсюджених захворювань, яке робить дуже важливий внесок у смертність населення у всьому світі [1]. Особливо часто АГ розвивається у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу, що багаторазово підвищує ризик серцево-судинних, церебро-васкулярних та ниркових ускладнень [1–3].

Одним з важливих факторів патогенезу і АГ, і ЦД 2 є психоемоційний стрес [4–6]. До основних наслідків стресу відносяться тривожні розлади, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [4–6].

Найбільш потужним варіантом стресу є стрес воєнного часу [5–7]. В останні десяти-

тиріччя в багатьох країнах проводяться дослідження поширеності і виразності постстресових порушень, які обумовлені війною, серед різних верств населення [7–9]. В ряді робіт проводиться вивчення постстресових розладів воєнного часу і у хворих на АГ та ЦД 2 типу [7, 10, 11]. Але ці роботи поодинокі і не включають таку важку категорію хворих, як хворі з поєднанням АГ і ЦД 2 типу.

В зв'язку з вищевикладеним, **метою** даного дослідження було вивчення частоти і вираженості тривожних і депресивних розладів у хворих на АГ з ЦД 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 56 хворих (цивільні особи) на АГ з ЦД 2 типу (чоловіків 27 (48%), жі-

нок 29 (52%) у віці від 47 до 64 років (середній вік $55,4 \pm 5,2$ роки), які під час війни пе-

* Роботу виконано в межах прикладної НДР ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» (м. Харків, Україна) «Розробити диференційовані підходи до зниження серцево-судинного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу» (№ держреєстрації 0123U100688).

Установою, яка фінансує дослідження, є НАМН України.

Автори гарантують відповідальність за дані, які наведені в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості.

Рукопис надійшов до редакції 08.06.2023.

ребували у зоні бойових дій в Харківській області і пережили хронічний стрес воєнного часу. Обстежено проводилось у відділенні гіпертензії і захворювань нирок ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України».

Залежно від ступеня АГ — ступеня підвищення рівнів артеріального тиску (АТ), хворі розподілялися наступним чином: 26 (46%) хворих з АГ 2 ступеня (систолический АТ (САТ) 160–179 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ (ДАТ) 100–109 мм рт. ст.) і 30 (54%) хворих з АГ 3 ступеня (САТ \geq 180 мм рт. ст. та/або ДАТ \geq 110 мм рт. ст.).

Залежно від ступеня компенсації вуглеводного обміну хворі також розподілялись на дві підгрупи: 32 (57%) хворих з субкомпенсованим вуглеводним обміном (рівень HbA1c 7,1%–7,5%) та 24 (43%) хворих з декомпенсованим вуглеводним обміном (рівень HbA1c $>$ 7,5%).

Серед обстежених у 18 хворих (32%) була виявлена надлишкова маса тіла і у 38 хворих (68%) — абдомінальне ожиріння (АО): у 26 хворих (46%) АО I ступеня і у 12 хворих (22%) АО II ступеня. Обстеження хворих проводили з використанням стандартних клініко-лабораторних та інструментальних методів. Дослідження стану вуглеводного обміну проводили шляхом визначення рівнів глюкози крові натще (ферментативним методом за допомогою аналізатора «Huma-reazer 2000» (Німеччина), рівнів інсуліну крові натще (імуноферментним методом з використанням стандартних наборів фір-

ми DRG (Німеччина), рівнів глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) крові та показника інсулінорезистентності (IP) за допомогою розрахунку індексу НОМА (Homeostasis Model Assessment) (НОМА-IR) [12]. IP діагностували при виявленні індексу НОМА-IR $>$ 2,77 ум. од.

Діагностику АГ та ЦД 2 типу проводили згідно з сучасними рекомендаціями [1, 2, 13, 14]. АО виявляли за критеріями ВООЗ [15]. Додатковим критерієм АО був показник обводу талії \geq 102 см для чоловіків і \geq 88 см для жінок [16]. Для діагностики дисліпідемії використовували критерії Всеукраїнської асоціації кардіологів України [13].

Виявлення тривожних і депресивних розладів проводили за допомогою спеціальних опитувальників: Госпітальної шкали тривоги та депресії — HADS, Шкали рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна і Міссісіпської шкали для дослідження ПТСР (цивільний варіант) [17].

Аналіз отриманих даних був проведений за допомогою статистичної обробки з використанням комп'ютерної програми SPSS 19.0 для Windows XP. В ході аналізу даних була проведена перевірка на нормальність за критерієм Колмогорова–Смирнова. Величина довірчого інтервалу, який був прийнятий за статистично достовірний в даному дослідженні, становила 95% (рівень значущості $p = 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті роботи встановлено, що у більшості хворих на АГ з ЦД 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу, при їх анкетуванні за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії — HADS виявлялись симптоми тривоги (80%) і депресії (69%). При цьому у значної частки хворих спостерігалась не тільки субклінічно, а й клінічно виражена тривога і депресія (табл. 1). Крім того, у 13 хворих (23%) реєструвалось поєднання клінічно вираженої тривоги і депресії.

Аналіз отриманих даних свідчив про те, що частота клінічно вираженої тривоги

і депресії за даною шкалою була достовірно вищою серед жінок, ніж серед чоловіків (див. табл. 1).

Для більш детального вивчення тривожних розладів у обстежених хворих було проведено анкетування за Шкалою рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна.

Результати такого анкетування підтвердили високу частоту тривожних розладів у обстежених хворих. Більш того, виявлялась висока частота як особистісної, так і реактивної тривожності. При цьому у більшості хворих виявлявся середній і ви-

Таблиця 1

Частота (%) різних ступенів вираженості тривоги і депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS у хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу (M ± m)

Ступінь тривоги / депресії	Хворі на АГ з ЦД 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу					
	Чоловіки + жінки n = 56		Чоловіки n = 27		Жінки n = 29	
	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%
Субклінічно виражена тривога	19	34 ± 2,15	9	33 ± 2,56	10	35 ± 2,16
Клінічно виражена тривога	26	46 ± 2,28	9	33 ± 2,93	17	59 ± 1,88*
Субклінічно виражена депресія	17	30 ± 1,25	7	26 ± 2,89	10	35 ± 3,16
Клінічно виражена депресія	22	39 ± 1,23	6	22 ± 2,03	16	55 ± 1,67*

Примітка:

* достовірність різниці відносно групи чоловіків, $p < 0,05$.

Таблиця 2

Частота різних рівнів особистісної та реактивної тривожності (%) за Шкалою рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна у хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу (M ± m)

Рівні тривожності	Групи обстежених					
	Чоловіки+жінки (n = 56)		Чоловіки (n = 27)		Жінки (n = 29)	
	абс. (n)	%	абс. (n)	%	абс. (n)	%
<i>Особистісна тривожність</i>						
Низький	5	9 ± 1,86	2	7 ± 2,52	3	10 ± 2,56
Середній	17	30 ± 2,47	7	26 ± 2,84	10	35 ± 2,77
Високий	23	41 ± 2,15	8	26 ± 1,87	15	55 ± 2,03*
<i>Реактивна тривожність</i>						
Низький	7	13 ± 1,35	3	11 ± 2,47	4	14 ± 2,35
Середній	17	30 ± 2,18	8	30 ± 2,42	9	31 ± 2,15
Високий	24	43 ± 2,37	10	37 ± 3,04	14	48 ± 2,53

Примітка:

* достовірність різниці відносно групи чоловіків, $p < 0,05$.

сокий рівні вказаних форм тривожності (табл. 2).

Треба відмітити, що результати вивчення тривожності у хворих на АГ з ЦД 2 типу за даною шкалою підтверджують існування гендерних відмінностей, які були виявлені за шкалою HADS (див. табл. 2).

Важливим етапом роботи було вивчення впливу хронічного стресу воєнного часу

на розвиток ПТСР у хворих на АГ з ЦД 2 типу за допомогою анкетування за Міс-сісіпською шкалою для дослідження ПТСР (цивільний варіант). Отримані дані вказують на значну частоту наявності окремих симптомів ПТСР — у 63% хворих. Крім того, у 13% хворих вже відбулось формування клінічного варіанту ПТСР. При цьому частота окремих симптомів ПТСР у жі-

нок (76%) була достовірно вищою ($p < 0,05$), ніж у чоловіків (48%).

Значний інтерес представляло вивчення можливих взаємозв'язків між тривожними і депресивними розладами та симптомами ПТСР з тяжкістю АГ і ЦД 2 типу у обстежених хворих.

Так, було виявлено, що у обстежених хворих з більш тяжкою гіпертензією (АГ 3 ступеня) частота тривоги (90%) за шкалою HADS була достовірно вищою ($p < 0,05$), ніж у хворих з менш тяжкою гіпертензією (АГ 2 ступеня) (69%). В той же час, у хворих з декомпенсованим вуглеводним обміном (рівень HbA1c $> 7,5\%$) в порівнянні з хворими з субкомпенсованим вуглеводним обміном (рівень HbA1c $7,1-7,5\%$) виявлялась не тільки достовірно більша частота тривоги (96% і 69% відповідно, $p < 0,05$) за шкалою HADS, а й депресії за цією ж шкалою (88% і 56% відповідно, $p < 0,05$) та окремих симптомів ПТСР (83% і 47% відповідно, $p < 0,05$) за Міссісіпською шкалою для дослідження ПТСР (цивільний варіант).

Крім того, було встановлено, що у хворих на АГ з ЦД 2 типу з поєднанням тривоги і депресії рівні IP за індексом НОМА-IR достовірно перевищували такі у цієї ж категорії хворих, але без проявів тривоги та депресії: $6,34 \pm 0,48$ ум. од. і $3,56 \pm 0,34$ ум. од. відповідно, $p < 0,05$.

При аналізі різниці в частоті і вираженості досліджених тривожних і депресивних розладів та симптомів ПТСР з наявністю та вираженістю АО, ДЛП та інших клінічних показників у обстежених хворих на АГ з ЦД 2 типу достовірних взаємозв'язків виявлено не було.

Підсумовуючі отримані в роботі дані треба зробити висновок про те, що хронічний стрес воєнного часу, який пережили хворі на АГ з ЦД 2 типу в період їх перебування в зоні бойових дій під час війни в Україні, призвів до розвитку виражених тривожних і депресивних розладів у більшості цих хворих.

Виявлено, що найбільш вразливими щодо розвитку тривожно-депресивних розладів після пережитого стресу воєнного часу були жінки, а також хворі з більш тяжким перебігом АГ і ЦД 2 типу і, в першу

чергу, хворі з декомпенсованим вуглеводним обміном.

При обговоренні отриманих в роботі даних треба відмітити, що проблема тривожно-депресивних порушень протягом багатьох років вивчається і при АГ, і при ЦД 2 типу. Такі дослідження проводились в переважній більшості випадків в умовах мирного життя. Але і в умовах мирного життя у значної кількості хворих і на АГ, і на ЦД 2 типу (у 13–75% осіб), виявляються тривожно-депресивні порушення різного ступеня виразності, особливо в разі поєднаного перебігу АГ і ЦД 2 типу [18–21]. Такі коливання частоти вказаних розладів обумовлені рядом причин, до яких можуть бути віднесені, перед усім, різні методи їх діагностики, а також вікові, регіональні і кліматичні, соціально-економічні та стресогенні фактори (вимушене переміщення хворих, перебування в несприятливих екологічних зонах тощо), які не в повній мірі оцінюються. Що стосується досліджень тривожно-депресивних порушень у хворих на АГ і у хворих на ЦД 2 типу, які знаходились в умовах війни, то їх вкрай мало, а досліджень, в яких вивчалась дана проблема у хворих з поєднанням АГ і ЦД 2 типу в доступній літературі знайдено не було. В ряді досліджень, які були проаналізовані авторами, також виявляється висока частота тривожних і депресивних розладів та ПТСР (30–80%) [7, 8, 10, 11].

В цілому отримані в даному дослідженні дані узгоджуються з літературними. В той же час, у обстежених нами хворих з такою коморбідною патологією, як АГ і ЦД 2 типу, виявляється особливо велика частота клінічно вираженої тривоги і депресії та окремих симптомів ПТСР. Крім того, як було вказано вище, простежується чітка асоціація частоти і вираженості тривожно-депресивних розладів з тяжкістю АГ і, особливо, ЦД 2 типу, а також виявляються значні гендерні відмінності.

Таким чином, хронічний стрес воєнного часу надає руйнівного впливу на емоційний і психічний стан хворих на АГ з ЦД 2 типу, що необхідно обов'язково враховувати при обстеженні і лікуванні даної категорії хворих.

ВИСНОВКИ

1. У більшості хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу, виявлялись симптоми тривоги (80%) і депресії (69%) за Госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS. При аналізі тривожних розладів за Шкалою рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна у цих хворих встановлено також висока частота як особистісної, так і реактивної тривожності.
2. Хронічний стрес воєнного часу призводить до формування клінічного варіанту посттравматичного стресового розладу у 13% хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу і окремих симптомів посттравматичного стресового розладу — у 63%, на що вказують результати анкетування хворих за Міссісіпською шкалою для дослідження посттравматичного стресового розладу (цивільний варіант).
3. Виявлено гендерні відмінності у розвитку тривожних і депресивних порушень у обстежених хворих із переважанням у жінок частоти клінічно вираженої тривоги і депресії, високого рівня особистісної тривожності і окремих симптомів посттравматичного стресового розладу.
4. Встановлено значний прямий зв'язок ступеня виразності тривожних і депресивних розладів та симптомів посттравматичного стресового розладу з тяжкістю артеріальної гіпертензії і, особливо, цукрового діабету 2 типу.

ЛІТЕРАТУРА
(REFERENCES)

1. Williams B, et al. *Eur Heart J* 2018;39: 3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
2. Cosentino F, et al. *Eur Heart J* 2019: 1-69. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486.
3. Kotsis V. The diabetic/obese hypertensive patient (including metabolic syndrome). In: Manual of Hypertension of the European Society of Hypertension. Third Edition. Ed. G. Mancia, G. Grassi, K.P. Tsoufis, et al., CRC Press, 2019: 417-424.
4. Koval' SM, Snigurs'ka IO. *Arterial'naja Gipertenzija* 2015;(5): 13-18.
5. Kovalenko VM. Stres i sercevo-sudynni zahvorjuvannja v movah voennogo stanu, *Kyiv*, 2022: 272 p.
6. Merabet N, Lucassen PJ, Crielaard L, et al. *Front Neuroendocrinol* 2022;65: 100972.
7. Koval' SM, Snigurs'ka IO. Arterial'na gipertenzija v umovah vijny: dosvid riznyh krajin svitu. Neinfekcijni zahvorjuvannja v period ta pislja zbrojnyh konfliktiv, za red. GD Fadjejenko, *Harkiv*, 2022: 129-145.
8. Koval' SM. *Zdorov'ja Ukrainy 21 storichchja* 2022;3-4(82-83): 27.
9. Chaban OS, Bezshejko VG. *Ukr Visn Psychonevrologii'* 2017;25(91): 80-84.
10. Kozachok MM, Seljuk MM, Omeljashko MI, et al. *Sejnaja Medicina* 2019;3(83): 43-46.
11. Arigo D, Juth V, Trief P, et al. *J Health Psychol* 2020; 25(5): 652-664. doi: 10.1177/1359105317727839.
12. Bonora E, Targher G, Alberiche M, et al. *Diabetes Care* 2000;23: 57.
13. Sercevo-sudynni zahvorjuvannja. Klasyfikacija, standarty diagnostyky ta likuvannja; za red. Kovalenka VM, Lutaja MI, Sirenko VM, Sychova OS, *Kyiv*, 2021: 320 p.
14. Unifikovanyj klinichnyj protokol pervynnoi' ta vtorynnoi' (specializovanoi) medychnoi' dopomogy. Cukrovij diabet 2 typu: Nakaz ministerstva ohorony zdorov'ja Ukrainy 21.12.2012;№ 1118: 115.
15. WHO: Obesity: Prevention and managing the global epidemic. Technical Report Series 894, Geneva, 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.
16. Expert Panel of Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert (Adult treatment Panel III). *JAMA* 2001;285(19): 2486-2497.
17. Unifikovanyj klinichnyj protokol pervynnoi', vtorynnoi' (specializovanoi) ta tretynnoi' (vysokospecializovanoi) medychnoi' dopomogy. Reakcija na vazhkyj stres ta rozlady adaptacii'. Posttravmatychnyj stresovyj rozlad. Nakaz ministerstva ohorony zdorov'ja Ukrainy 23.02.2016;№ 121: 57.
18. Ho Aaron K, Thorpe Carolyn T, Pandhi Nancy, et al. *J Hypertens* 2015;33(11): 2215-2222. doi: 10.1097/HJH.0000000000000693
19. Polishchuk OYu, Tashchuk VK, Barchuk NI, et al. *Wiad Lek* 2021;74(3 p.I): 455-459. doi: 10.36740/WLek202103113
20. Khan P, Qayyum N, Malik F, et al. *Cureus* 2019;11(3): e4254. doi: 10.7759/cureus.425
21. AlKhathami AD, Alamin MA, Alqahtani AM, et al. *Saudi Med J* 2017;38(6): 621-628. doi: 10.15537/smj.2017.6.17941

ХРОНІЧНИЙ СТРЕС ВОЄННОГО ЧАСУ ЯК ЧИННИК ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Коваль С. М.¹, Пенькова М. Ю.¹, Мисниченко О. В.¹, Литвинова О. М.²

¹ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України»,
м. Харків, Україна;

²Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
sergekovalmd@gmail.com

Мета: вивчення частоти і вираженості тривожних і депресивних розладів у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, які пережили хронічний стрес воєнного часу.

Матеріали та методи. Обстежено 56 хворих (цивільні особи) на АГ з ЦД 2 типу, які під час війни перебували у зоні бойових дій в Харківській області і пережили хронічний стрес воєнного часу. Обстеження проводили з використанням стандартних клініко-лабораторних та інструментальних методів. Тривожні і депресивні розлади виявляли за допомогою спеціалізованих опитувальників: Госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, Шкали рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна та Міссісіпської шкали для дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (цивільний варіант). Аналіз отриманих даних було проведено з використанням програми SPSS 19.0 для Windows XP.

Результати. У більшості обстежених хворих на АГ з ЦД 2 типу виявлялись симптоми тривоги (80%) і депресії (69%) за Госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS. При аналізі за Шкалою рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна встановлена висока частота як особистісної, так і реактивної тривожності. Хронічний стрес воєнного часу призводить до формування клінічного варіанту ПТСР у 13% хворих і окремих симптомів ПТСР — у 63%. Найбільш вразливими щодо розвитку тривожно-депресивних розладів після стресу воєнного часу були жінки, а також хворі з тяжким перебігом АГ і, особливо, з декомпенсованим ЦД 2 типу.

Висновки. Хронічний стрес воєнного часу призводить до розвитку виражених тривожних і депресивних розладів у більшості хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу, що необхідно обов'язково враховувати при їх обстеженні і лікуванні. Виявлено гендерні відмінності у розвитку тривожних і депресивних порушень у обстежених хворих із переважанням у жінок частоти клінічно вираженої тривоги і депресії, високого рівня особистісної тривожності і окремих симптомів посттравматичного стресового розладу. Встановлено значний прямий зв'язок ступеня виразності тривожних і депресивних розладів та симптомів посттравматичного стресового розладу з тяжкістю артеріальної гіпертензії і, особливо, цукрового діабету 2 типу.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, хронічний стрес воєнного часу, тривожні і депресивні розлади.

**CHRONIC WARTIME STRESS AS A FACTOR IN ANXIETY
AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS
WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND ARTERIAL HYPERTENSION**

S. M. Koval¹, M. Yu. Penkova¹, O.V. Mysnychenko¹, O. M. Lytvynova²

¹ GI «L.T. Malaya Therapy National Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv, Ukraine;

² National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine
sergekovalmd@gmail.com

The aim: to study the frequency and severity of anxiety and depressive disorders in patients with arterial hypertension (AH) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) who experienced chronic wartime stress.

Materials and methods. We examined 56 patients (civilians) with AH and T2DM, who were in the war zone in the Kharkov region and experienced chronic wartime stress. The examination was carried out using standard clinical, laboratory and instrumental methods. Anxiety and depressive disorders were identified using specialized questionnaires: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Spielberger-Khanin Personality and Reactive Anxiety Scale, and the Mississippi scale for the study of post-traumatic stress disorder (PTSD) (civil version). The analysis of the data obtained was carried out using the SPSS 19.0 for Windows XP.

Results. Most of the examined AH patients with T2DM had symptoms of anxiety (80%) and depression (69%) according to the HADS. When analyzing using the Spielberger-Khanin Personal and Reactive Anxiety Scale, a high frequency of both personal and reactive anxiety was established. Chronic wartime stress leads to the formation of a clinical variant of PTSD in 13% of patients and individual symptoms of PTSD in 63%. The most vulnerable in terms of the development of anxiety and depressive disorders after wartime stress were women, as well as patients with more severe hypertension and especially with decompensated T2DM.

Conclusions. Chronic wartime stress leads to the development of severe anxiety and depressive disorders in the majority of hypertensive patients with type 2 diabetes, which must be taken into account during their examination and treatment. Gender differences in the development of anxiety and depressive disorders in the examined patients were revealed, with a predominance in women of the frequency of clinically expressed anxiety and depression, a high level of personal anxiety and individual symptoms of post-traumatic stress disorder. A significant direct relationship between the severity of anxiety and depressive disorders and symptoms of post-traumatic stress disorder with the severity of arterial hypertension and, especially, type 2 diabetes was established.

Key words: arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, chronic wartime stress, anxiety and depressive disorders.