

DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-2.49

Х.М. Хамуляк¹, Н.Р. Химко²
¹ДНП «Львівський національний
 медичний університет
 імені Данила Галицького»
²КНП «4-та міська поліклініка
 м. Львова»

УДК: 616.12-009.72:616.89-008.454-
 02:[616.988:578.834]:613.84

ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ ІЗ НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ: ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19 І ФАКТОРА КУРІННЯ

Тривожні та депресивні розлади є поширеними психічними порушеннями після перенесеного COVID-19, особливо серед пацієнтів із тривалими симптомами або постковідним синдромом (post-COVID syndrome, long-COVID). Вираженість і тривалість цих порушень варіюють, проте в значній частині пацієнтів вони зберігаються протягом місяців після гострої фази інфекції. За даними сучасних досліджень, загальна поширеність депресії і тривоги серед пацієнтів із post-COVID або long-COVID становить приблизно 23-25%, а комбінованих проявів тривоги й депресії — близько 25% [1, 2]. Водночас у ранній період після перенесеного COVID-19 ці показники можуть бути значно вищими. Зокрема, через місяць після госпіталізації симптоми депресії виявляють приблизно в 31% пацієнтів, а тривоги — у 42% [3]. В окремих амбулаторних вибірках повідомляють навіть про 65% депресії та 36% тривоги через місяць після одужання [4]. Деякі дослідження демонструють тенденцію до поступового зменшення вираженості психоемоційних симптомів із часом. Однак навіть через 6-12 місяців після інфекції їх рівень часто залишається вищим порівняно з показниками загальної популяції, що свідчить про хронізацію психічних порушень у частини пацієнтів [2, 5, 6, 9].

Серед основних факторів ризику розвитку тривоги та депресії при post-COVID синдромі найчастіше відзначають жіночу стать і молодший вік [3, 8, 4]. Важливу роль відіграє також наявність психічних розладів в анамнезі, зокрема хронічної тривоги або депресії, що значно підвищує ймовірність формування постковідних психічних порушень [7, 9, 10]. Встановлено тісний зв'язок між персистуючими соматичними симптомами — зокрема хронічною втомою, задишкою, функціональними обмеженнями, порушеннями сну — і більш вираженими проявами тривоги, депресії й безсоння [6, 9, 11].

Окрему увагу привертає фактор куріння, який є незалежним чинником підвищення ризику тривожних та депресивних розладів, особливо у хворих після COVID-19. Він пов'язаний із вищою частотою симптомів тривоги, депресії та порушень сну в госпіталізованих пацієнтів навіть через рік після гострої фази хвороби [12]. Інші дослідження свідчать, що статус куріння суттєво асоціюється з підвищеним ризиком депресії в післяковідний період, незалежно від тяжкості первинної інфекції [13].

Патофізіологічні механізми психічних порушень при post-COVID синдромі залишаються предметом активного вивчення. Серед можливих розглядають хронічні імунозапальні та нейрозапальні процеси, цереброваскулярні зміни, порушення автономної нервової системи, а також вплив медикаментозної терапії в поєднанні з психосоціальним стресом, спричиненим перенесеним захворюванням [1, 7, 14]. Великі когортні дослідження підтверджують, що особи, які перенесли COVID-19, мають підвищений ризик виникнення тривожних і депресивних розладів протягом щонайменше одного року порівняно з неінфікованими особами або з пацієнтами після сезонного грипу [7].

Отже, приблизно кожен четвертий пацієнт із постковідним синдромом має клінічно значущі прояви тривоги та/або депресії. Тривале збереження цих симптомів підкреслює важливість комплексного вивчення психічного здоров'я та клінічного стану таких пацієнтів, а також патофізіологічних механізмів, що лежать в основі їх формування й персистенції. При цьому недостатньо вивченим є додатковий вплив фактора куріння в осіб із ІХС та перенесеним COVID-19.

Мета. Оцінити рівні тривоги та депресії в пацієнтів із постковідним синдромом і нестабільною стенокардією з урахуванням фактора куріння.

Матеріали та методи

У дослідження було включено 146 пацієнтів із нестабільною стенокардією, які перенесли COVID-19 та мали клінічні ознаки постковідного синдрому. Залежно від наявності постковідного синдрому пацієнтів розподілили на дві основні групи: I група (n=87) та II група (n=59). З урахуванням фактора куріння кожен групу додатково поділено на підгрупи: курці (IA, n=35; IIA, n=28) та некурці (IB, n=52; IIB, n=31).

Для оцінки рівнів тривоги та депресії застосовували Госпітальну шкалу тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [15], яка складається з двох субшкал — тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), кожна з яких містить по 7 пунктів. Сума балів за кожною субшкалою коливається від 0 до 21, де 0-7 балів відповідають нормальному рівню, 8-10 — субклінічним проявам, ≥ 11 балів — клінічно вираженим симптомам тривоги або депресії. Опитування проводили в період клінічної стабілізації пацієнтів.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel 2021 та Statistica 10. Перевірку характеру розподілу кількісних показників виконували за допомогою критерію Шапіро — Вілка. За умов нормального розподілу результати подавали у вигляді середнього арифметичного значення та стандартного відхилення ($M \pm SD$).

Для порівняння середніх значень між двома незалежними групами застосовували параметричний t-критерій Стюдента. Статистично значущими вважали відмінності при рівні значущості $p < 0,05$.

Результати

У пацієнтів із постковідним синдромом та нестабільною стенокардією (I група) середній рівень тривоги та депресії був достовірно вищим порівняно з пацієнтами без постковідного синдрому (II група). Так, середній показник тривоги в I групі становив $6,91 \pm 3,02$ бала проти $6,59 \pm 2,32$ бала в II групі ($p < 0,05$), а рівень депресії — $7,17 \pm 2,86$ бала проти $6,76 \pm 2,55$ бала відповідно ($p < 0,05$) — див. табл.

Зокрема, середні показники за шкалою HADS у пацієнтів із нестабільною стенокардією із постковідним синдромом відповідали субклінічному рівню розладів і були достовірно вищими порівняно з пацієнтами без ознак постковідного синдрому. Найвищі рівні тривоги та депресії спостерігалися в курців із постковідним синдромом (підгрупа IA). У цій підгрупі середній рівень тривоги становив $7,23 \pm 3,09$ бала, що було достовірно вищим порівняно з некурцями без постковідного синдрому (підгрупа IIB; $6,29 \pm 2,27$ бала; $p < 0,05$). Рівень депресії в підгрупі IA також був підвищеним і становив $7,6 \pm 2,75$ бала. Отже, найбільш несприятливий психоемоційний профіль спостерігався в курців із постковідним синдромом, у яких рівні тривоги та депресії були максимальними серед усіх підгруп. Це свідчить про потенційний синергійний негативний вплив постковідних змін і тютюнопаління на психічний стан пацієнтів із серцево-судинною патологією. У некурців із постковідним синдромом (підгрупа IB) показники тривоги ($6,73 \pm 2,93$ бала) та депресії ($6,88 \pm 2,93$ бала) залишалися достовірно вищими порівняно з відповідними підгрупами пацієнтів без постковідного синдрому (IIB; $p < 0,05$), однак були нижчими, ніж у курців із постковідним синдромом.

Таблиця. Середній рівень тривоги та депресії (бали за шкалою HADS) у пацієнтів із нестабільною стенокардією залежно від наявності постковідного синдрому і фактора куріння

Групи/Підгрупи	Тривога ($M \pm SD$)	Депресія ($M \pm SD$)
I (n=87)	$6,91 \pm 3,02^*$	$7,17 \pm 2,86^*$
IA (n=35)	$7,23 \pm 3,09^\wedge$	$7,6 \pm 2,75$
IB (n=52)	$6,73 \pm 2,93^*$	$6,88 \pm 2,93^*$
II (n=59)	$6,59 \pm 2,32$	$6,76 \pm 2,55$
IIA (n=28)	$6,93 \pm 2,37$	$7,21 \pm 2,85$
IIB (n=31)	$6,29 \pm 2,27$	$6,35 \pm 2,23$

Примітка: * — $p < 0,05$ при порівнянні між групами з постковідним синдромом і без нього (I vs II), а також між відповідними підгрупами курців і некурців (IA vs IIA; IB vs IIB); $^\wedge$ — $p < 0,05$ при порівнянні між підгрупами IA та IIB.

Серед пацієнтів без постковідного синдрому (II група) показники тривоги та депресії були нижчими незалежно від статусу куріння з мінімальними значеннями в некурців (IIB), де середній рівень тривоги становив $6,29 \pm 2,27$ бала, а депресії — $6,35 \pm 2,23$ бала.

Наші результати свідчать, що наявність постковідного синдрому асоціюється з підвищенням рівнів тривоги та депресії в пацієнтів із нестабільною стенокардією, а куріння додатково посилює вираженість психоемоційних порушень. Отримані результати мають важливе клінічне значення, оскільки підвищений рівень тривоги та депресії в пацієнтів із постковідним синдромом може негативно впливати на перебіг нестабільної стенокардії, прихильність до лікування й прогноз захворювання. Це обґрунтовує доцільність рутинного скринінгу психоемоційного стану за допомогою шкали HADS у таких пацієнтів, особливо серед осіб, які продовжують курити.

Обговорення

Результати сучасних досліджень свідчать, що постковідний синдром (post-COVID-19 syndrome,

long-COVID) асоціюється з високою поширеністю психічних розладів, зокрема депресії, тривожності та порушень сну. Згідно з даними систематичного огляду Seighali та співавт. [1], зведена поширеність депресії та тривожності серед пацієнтів із постковідним синдромом становила 23% (95% ДІ: 20-26%) для обох станів; результати отримані на основі 143 досліджень із 7 782 124 учасниками для депресії та 132 досліджень із 9 320 687 учасниками для тривожності. Поширеність порушень сну, розрахована на основі 27 досліджень із 15 362 учасниками, була ще вищою і становила 45% (95% ДІ: 37-53%).

Дані інших популяційних досліджень підтверджують, що поширеність психічних розладів після COVID-19 може бути значно вищою у вибірках пацієнтів із персистуючими симптомами. Так, у веб-опитуванні Badinlou та співавт. [11], яке охопило 507 осіб з імовірною або підтвердженою інфекцією SARS-CoV-2 в анамнезі, понад 70% респондентів мали рівні депресії, тривожності або безсоння, що перевищували клінічні порогові значення принаймні для одного психічного розладу. Вищі показники депресії, тривожності та безсоння були достовірно асоційовані з тяжким перебігом COVID-19 у гострій фазі, госпіталізацією, більш вираженими постковідними порушеннями та високим рівнем втоми.

Переконаливі докази підвищеного ризику психічних розладів після COVID-19 отримано в масштабному когортному дослідженні Xie та співавт. [7], що включало 153 848 осіб, які пережили перші 30 днів SARS-CoV-2-інфекції, та понад 11 млн осіб у контрольних групах. У пацієнтів після COVID-19 ризик розвитку тривожних розладів був підвищений на 35% (HR 1,35; 95% ДІ: 1,30-1,39), депресивних розладів — на 39% (HR 1,39; 95% ДІ: 1,34-1,43), розладів адаптації та стресових розладів — на 38% (HR 1,38; 95% ДІ: 1,34-1,43). Абсолютна різниця ризиків через один рік становила 11,06; 15,12 та 13,29 випадку на 1000 осіб відповідно.

Крім того, у цій когорті відзначалося значне зростання призначення психотропних препаратів, зокрема антидепресантів (HR 1,55; 95% ДІ: 1,50-1,60; 21,59 випадку на 1000 осіб) і бензодіазепінів (HR 1,65; 95% ДІ: 1,58-1,72; 10,46 на 1000). Ризик розвитку розладів сну також був суттєво підвищеним (HR 1,41; 95% ДІ: 1,38-1,45; 23,80 на 1000). Загальний ризик будь-якого нового психічного діагнозу або призначення психотропних препара-

тів був підвищений на 60% (HR 1,60; 95% ДІ: 1,55-1,66), що відповідало 64,38 додаткового випадку на 1000 осіб протягом одного року.

Таким чином, узгоджені дані метааналізів, популяційних і клінічних досліджень демонструють, що від 23 до понад 70% пацієнтів після COVID-19 мають клінічно значущі прояви депресії, тривоги або порушень сну залежно від характеристик вибірки та часу спостереження.

Отримані в нашому дослідженні результати узгоджуються з даними попередніх метааналізів і великих когортних досліджень, однак мають важливі клінічні особливості. На відміну від більшості популяційних робіт, у яких аналізували загальні постковідні когорти, наше дослідження було зосереджено на пацієнтах із нестабільною стенокардією, що дозволило продемонструвати додатковий негативний вплив постковідного синдрому на психоемоційний стан саме в кардіологічних хворих.

Виявлене нами підвищення середніх рівнів тривоги та депресії в пацієнтів із постковідним синдромом відповідає субклінічному діапазону за шкалою HADS, що узгоджується з даними літератури про переважання субклінічних форм психоемоційних розладів у post-COVID пацієнтів [1, 2, 7, 11]. Водночас у нашій вибірці чітко простежувався модифікуючий вплив куріння: найвищі показники тривоги та депресії, а також найбільша частка клінічно виражених форм були зафіксовані саме в курців із постковідним синдромом.

Отримані нами дані узгоджуються з літературними джерелами, які свідчать, що куріння є незалежним чинником підвищення ризику тривожних і депресивних розладів, а в умовах постковідного синдрому цей вплив набуває синергічного характеру, посилюючи психоемоційні порушення, особливо в пацієнтів із серцево-судинною патологією.

Висновки

1. У пацієнтів із нестабільною стенокардією на тлі постковідного синдрому виявлено достовірно вищі рівні тривоги та депресії, що переважно відповідають субклінічному діапазону за шкалою HADS.

2. Куріння асоціюється з додатковим підвищенням вираженості психоемоційних порушень, а курці з постковідним синдромом становлять групу найвищого ризику розвитку клінічно значущих форм тривоги та депресії.

Список використаної літератури

1. Seighali N, Abdollahi A, Shafiee A, Amini M, Athar M, Safari O, et al. The global prevalence of depression, anxiety, and sleep disorder among patients coping with Post COVID-19 syndrome (long COVID): a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2024;24. doi:10.1186/s12888-023-05481-6.

2. Bidhendi-Yarandi R, Biglarian A, Karlstad J, Moe C, Bakhshi E, Khodaei-Ardakani M, Behboudi-Gandevani S. Prevalence of depression, anxiety, stress, and suicide tendency among individuals with long-COVID and determinants: a systematic review and meta-analysis. *PLOS One*. 2025;20. doi:10.1371/journal.pone.0312351.
3. Mazza M, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020;89:594–600. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.037.
4. Abulsaad A, Sonbol H, Elwasify M, Elboraie O. Anxiety and depression among COVID-19 survivors: a cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2023;30. doi:10.1186/s43045-023-00351-z.
5. Bourmistrova N, Solomon T, Braude P, Strawbridge R, Carter B. Long-term effects of COVID-19 on mental health: a systematic review. *J Affect Disord*. 2021;299:118–125. doi:10.1016/j.jad.2021.11.031.
6. Houben-Wilke S, Goertz YMJ, Delbressine JM, Vaes AW, Meys R, Machado FVC, et al. The impact of long COVID-19 on mental health: observational 6-month follow-up study. *JMIR Ment Health*. 2022;9:e33704. doi:10.2196/33704.
7. Xie Y, Xu E, Al-Aly Z. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. *BMJ*. 2022;376:e068993. doi:10.1136/bmj-2021-068993.
8. Xiao X, Yang X, Zheng W, Wang B, Fu L, Luo D, et al. Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six months after discharge. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13:2055294. doi:10.1080/20008198.2022.2055294.
9. Gramaglia C, Gattoni E, Gambaro E, Bellan M, Balbo P, Baricich A, et al. Anxiety, stress and depression in COVID-19 survivors from an Italian cohort of hospitalized patients: results from a 1-year follow-up. *Front Psychiatry*. 2022;13:862651. doi:10.3389/fpsy.2022.862651.
10. Tebeka S, Carcaillon-Bentata L, Decio V, Alleaume C, Beltzer N, Gally A, et al. Complex association between post-COVID-19 condition and anxiety and depression symptoms. *Eur Psychiatry*. 2023;67:e2473. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2473.
11. Badinlou F, Lundgren J, Jansson-Frojmark M. Mental health outcomes following COVID-19 infection: impacts of post-COVID impairments and fatigue on depression, anxiety, and insomnia — a web survey in Sweden. *BMC Psychiatry*. 2022;22. doi:10.1186/s12888-022-04405-0.
12. Trofor AC, Robu Popa D, Melinte OE, Trofor L, Vicol C, Grosu-Creanga IA, et al. Looking at the data on smoking and post-COVID-19 syndrome: a literature review. *J Pers Med*. 2024;14(1):97. doi:10.3390/jpm14010097.
13. Bota AV, Bogdan I, Razvan DV, Ilie AC, Tudor R, Indries MF, Csep AN, Marincu I. A three-year cross-sectional analysis of depression, anxiety, and quality of life in patients with post-COVID-19 syndrome. *Int J Gen Med*. 2024;17:751–762. doi:10.2147/IJGM.S453247.
14. Mazza M, Palladini M, Poletti S, Benedetti F. Post-COVID-19 depressive symptoms: epidemiology, pathophysiology, and pharmacological treatment. *CNS Drugs*. 2022;36:681–702. doi:10.1007/s40263-022-00931-3.
15. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Для цитування: Хамуляк ХМ, Химко НР. Тривожні та депресивні розлади у хворих із нестабільною стенокардією: вплив перенесеного COVID-19 і фактора куріння. *Практикуючий лікар*, 2026, № 2, с. 49–52. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-2.49.

Адреса для листування: Хамуляк Христина Михайлівна, hamulakh@gmail.com; ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО, вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Хамуляк Христина Михайлівна, аспірантка, асистентка кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0003-4616-6578. Химко Наталія Романівна, лікарка-кардіолог КНП «4-та міська поліклініка м. Львова». ORCID: 0009-0008-7888-456X.

Особистий внесок: Хамуляк Х.М. — збір і обробка матеріалу, аналіз проблеми, написання статті, переклад англійською мовою. Химко Н.Р. — участь у написанні статті, підготовка рукопису відповідно до вимог журналу.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування ДНТ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького».

Декларація: Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 10.04.2026 р., прийнята на друкування 27.04.2026 р., надрукована 30.06.2026 р.

For citation: Khamuliak KhM, Khymko NR. Anxiety and depressive disorders in patients with unstable angina: the impact of previous COVID-19 and smoking status. *The Practitioner*, 2026, № 2, p. 49–52. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-2.49

Correspondence address: Khamuliak KhM, hamulakh@gmail.com; Ukraine State non-profit enterprise «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv», Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPDO, 69 Pekarska Str., Lviv, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Hamuliak KhM, PhD student, Assistant of the Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPDO, Ukraine State non-profit enterprise «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv». ORCID: 0000-0003-4616-6578. Khymko NR, Cardiologist, Municipal Non-Commercial Enterprise «4 th City Polyclinic of Lviv». ORCID: 0009-0008-7888-456X.

Personal contribution: Hamuliak KhM — data collection and processing, analysis, manuscript preparation, english translation. Khymko NR — contribution to manuscript writing, preparation of the article according to journal requirements.

Funding: The article was prepared within the budget funding of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University.

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 10.04.2026, accepted 27.04.2026, published 30.06.2026.