

DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.25

С.Д. Бабляк¹, В.А. Скибчик²¹ПП «АРОЛ ПЛЮС»²ДНП «Львівський національний
медичний університет імені Данила
Галицького»

УДК 616.89-008.454+616.127-005.8

ДЕПРЕСІЯ АБО ТРИВОЖНІСТЬ У МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ: ЧОМУ ЦЕ НЕБЕЗПЕЧНО? (АНАЛІЗ ШВЕДСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

Резюме. У статті представлена відповідь на запитання: «Чи існує чіткий доведений зв'язок між розладами психоемоційного стану в осіб молодого віку та виникненням серйозних кардіологічних захворювань через тричотири десятиліття?». Наведено аналіз довготривалого шведського дослідження, яке здійснювало анкетування 49 321 юнаків 18-20 років перед їх призовом на військову службу з подальшим багаторічним спостереженням на предмет виявлення в них ішемічної хвороби серця. Отримані результати показали слабку і статистично несуттєву кореляцію між ранніми проявами депресії в юнаків та подальшим розвитком серйозної серцево-судинної патології в чоловіків зрілого віку. На противагу депресії, наявність тривожності була сильно пов'язана із майбутнім розвитком ішемічної хвороби серця протягом наступних чотирьох десятиліть.

Ключові слова: тривожність, депресія, ішемічна хвороба серця, віддалений ризик.

Тривожні розлади та депресії в поєднанні з кардіологічною патологією як міждисциплінарна проблема

Сьогодні багато науковців розглядають депресію (Д.) як складний комплекс біологічних, психологічних та соціальних факторів, які негативно впливають на функцію різних систем, органів і тканин організму людини. Досить часто ця патологія виникає на тлі різних тяжких соматичних захворювань, хоча часом може перебігати ізольовано. У розвитку захворювання дуже важливу роль відіграють психоемоційні фактори. Симптоми вираженої Д. мають 3-5% осіб у різних популяціях, що в сукупності становить понад 340 млн населення світу. З Д. асоціюються найвищі показники втрати потенційних років життя, а 25% осіб, які звертаються до лікарів терапевтичного профілю, мають легкі або помірні симптоми Д. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) порівнює Д. з епідемією, що охопила все людство. Це захворювання вже посідає перше місце у світі серед причин тимчасової непрацездатності та друге — серед причин стійкої втрати працездатності [1].

Економічні потрясіння в українському суспільстві, що значно загострилися останнім часом, по-

гіршення здоров'я в багатьох осіб унаслідок перенесеної пандемії COVID-19 та невіра в майбутнє через збройне вторгнення російської федерації різко збільшили частоту виникнення не лише різноманітних серцево-судинних захворювань (ССЗ), але й Д. [2]. Між розвитком і прогресуванням цих патологій є певний взаємозв'язок: з одного боку, постійні й тривалі емоційні дистреси є факторами ризику (ФР) ішемічної хвороби серця (ІХС), а з іншого — інфаркт міокарда (ІМ) часто стає сам по собі психотравмувальним фактором, що провокує виникнення і прогресування Д. При обох захворюваннях спостерігається активація симпатно-адреналової та гіпофізарно-надниркової систем, підвищення активності тромбоцитів і розвиток ендотеліальної дисфункції [3].

Тривожні розлади (ТР) також досить часто спостерігаються в пацієнтів із ССЗ. До найпоширеніших симптомів тривоги (Т.) належать: 1) психічні (відчуття тривожності, неспокій на душі, відчуття напруження й скутості, нездатність до розслаблення, невмотивована дратівливість, неможливість сконцентруватися, погіршення пам'яті та нічного сну, швидка втомлюваність, безпідставні страхи); 2) соматичні (серцебиття, пітливість, холодні та

вологі долоні, відчуття клубка в горлі, нестача повітря, біль у грудях, нудота, пронос, сухість у роті, запаморочення, тремор, м'язові посмикування, напруження й болючість у м'язах, часте сечовипускання, зниження лібідо) [4]. Провести диференційну діагностику між Т. та Д. складно.

(Західна та Північна Європа, Південно-Східна Азія, Австралія), але отримані результати корелювали між собою [7-9].

Особливу цікавість у цьому контексті становлять результати, отримані у шведському багато-річному дослідженні. Група дослідників із Сток-

Таблиця 1. Відмінності між депресивними та тривожними пацієнтами (адапт. за [5])

Різні фактори	Характерно для депресій	Загальні симптоми	Характерно для тривоги
Соматичні скарги	Раннє пробудження Добова циклічність скарг Хронічне відчуття болю Зниження лібідо Зниження апетиту	Порушення сну Зміна вираженості скарг Невизначені соматичні скарги Втомлюваність Розлад апетиту	Труднощі засинання Припливи, пітливість, тремор і серцебиття М'язове напруження, нудота Гіпервентиляція, задуха
Думки	Загальмованість мислення Суїцидальні думки Проекція депресії в майбутнє	Труднощі з концентрацією уваги Нерішучість	Очікування катастрофи
Емоції та почуття	Журба Туга та розпач Відсутність мотивації Відсутність енергійності	Фатальність Дратівливість Неспокій Залежність Втрата почуття задоволення	Деперсоналізація Відсутність бажань до самореалізації Безпорадність, погані передчуття
Поведінка	Сповільненість та загальмованість рухів Небажання спілкування	Зменшення обсягу функціонування Невдоволення якістю життя	Переляканість Ритуальні вчинки, які знижують тривогу

Як представлено в табл. 1, часом Т. і Д. перебігають ізольовано, але часто утворюється хибне коло: тривала наявність Т. зумовлює розвиток Д., а остання, у свою чергу, посилює першу. Поєднання Т. та Д. спостерігається в 50-70% пацієнтів. У патогенезі обох цих станів мають значення нейрохімічні чинники, зокрема серотонін [3]. Т. і Д. настільки пов'язані між собою, що їх прийнято об'єднувати в єдине поняття — тривожно-депресивний синдром (ТДС). Він часто починається в молодому віці, причому в 30% пацієнтів синдром перебігає постійно, а в інших 30% подібні порушення мають рецидивуючий характер. Останніми роками ТДС став більш поширеним. При поєднанні цього синдрому з кардіальною патологією утворюється «хибне коло», що викликає прогресування як Т. і Д., так і ССЗ [6].

Вивчення зв'язку між появою тривожності або депресії та виникненням серцево-судинних захворювань

Проблемі вивчення різноманітних психоемоційних розладів присвячено багато іноземних наукових праць. Особливий інтерес для фахівців становить вивчення зв'язку між наявністю Т. або Д. і виникненням ССЗ. Раніше переважала помилкова думка про принципову відмінність соматичних захворювань від психічних, однак останніми роками в низці іноземних публікацій наводяться дані, що замасковані тривожні та депресивні стани трапляються в 10-30% хронічних кардіологічних пацієнтів. Слід зауважити, що відповідні наукові дослідження проводилися в різних регіонах земної кулі

гольмського університету оприлюднила дані довготривалого спостереження за великою групою осіб, що складалася з понад 49 тисяч молодих чоловіків [10]. Науковці поставили собі за мету вивчити довгострокові несприятливі впливи Д. та Т., що виникають в юнаків, на ризик розвитку ІХС у зрілому віці. Вони мотивували свій підхід тим, що попередні дослідники займалися вивченням зв'язку між неврологічними розладами й кардіологічною патологією в популяціях пацієнтів середнього, похилого та старечого віку. Дуже часто в осіб віком понад 45-50 років вже наявний субклінічний атеросклероз, що могло підштовхувати вчених до хибних висновків через вплив зворотного причинно-наслідкового зв'язку.

Саме тому стокгольмські дослідники здійснили загальнонаціональне опитування 49 321 молодих шведських чоловіків, які обстежувалися перед призовом на військову службу. Психологи здійснювали анкетування у вигляді структурованого інтерв'ю юнаків віком від 18 до 20 років, які були змушені проходити військову службу у шведській армії, починаючи з 1969-1970 рр. Призовники, у яких діагностували відповідні симптоми, додатково консультувалися з психіатрами. Наявність Д. або Т. була оцінена відповідно до тогочасної міжнародної класифікації хвороб. Одночасно із психологічним анкетуванням лікарі вивчали також наявність ФР, що можуть призводити до ІХС: високий артеріальний тиск (АТ), паління, наявність цукрового діабету (ЦД) чи обтяженого сімейного анамнезу. Крім того, визначали антропометричні

(зріст, маса тіла) і соціально-демографічні параметри (соціально-економічне становище, регіон проживання), а також особливості способу життя (споживання алкоголю, рівень фізичної активності, харчові звички). За учасниками дослідження спостерігали протягом 37 років.

Шведські науковці обрали 49 321 молодих та відносно здорових чоловіків, народжених між 1949 і 1951 рр., які не мали субклінічних або клінічних проявів ССЗ, щоб дослідити в тривалій перспективі можливий негативний вплив Д. або Т. на їхнє здоров'я. Кожен із них проходив комплексне обстеження свого соматичного та психологічного стану. Після проведеного психологами анкетування до процесу дослідження доєдналися кардіологи і психіатри. Діагностику Д. і Т. проводили за допомогою структурованого інтерв'ю відповідно до поширених загальноприйнятих міжнародних шкал [11] з урахуванням комплексної оцінки психіатричних симптомів та результатів анкетування. При виявленні навіть мінімальних відхилень у процесі первинної діагностики призовники до-

датково оглядалися психіатрами. Загалом поглиблене обстеження стану психічного здоров'я пройшли майже 20% юнаків.

До 1 січня 1987 р. у Швеції було завершено процес реєстрації усіх осіб на предмет виявлення в них ІХС. Тобто вік найстарших учасників цього дослідження на той час не перевищував 38 років. Оскільки в такому віці ця патологія виявляється дуже рідко, можна стверджувати про високу точність отриманих результатів. 31 грудня 2007 р. спостереження було припинено, середня тривалість його становила в середньому 37 ± 1 рік. Аналіз груп осіб із діагностованою Д. або Т. порівняно з особами, у яких не було виявлено цих патологічних станів, показав наявність певних відмінностей, наведених у табл. 2.

Як видно з табл. 2, і тривожні, і депресивні молоді чоловіки були фізично менш активними і курили більше сигарет. Крім того, Д. асоціювалася із більшою кількістю вживання алкоголю, тоді як Т. була пов'язана з вищими рівнями АТ. Також виявлено взаємозв'язок між низьким соціально-

Таблиця 2. Порівняння груп осіб із депресією або тривожністю та відносно здорових осіб (адапт. за [10])

Характеристика	Мають депресію	Не мають депресії	Мають тривогу	Не мають тривоги
N	646	48,675	162	49,159
Систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.	126 $\pm$ 13	126 $\pm$ 12	129 $\pm$ 13	126 $\pm$ 12
Індекс маси тіла, кг/м ²	20,7 $\pm$ 2,6	21,0 $\pm$ 2,6	20,3 $\pm$ 2,3	21,0 $\pm$ 2,6
Зріст, см	178 $\pm$ 7	178 $\pm$ 7	177 $\pm$ 6	178 $\pm$ 7
Кількість вичурених сигарет протягом дня				
0	165 (26,1)	19,938 (41,6)	58 (36,3)	20,045 (41,4)
1-5	74 (11,7)	5,358 (11,2)	14 (8,8)	5,418 (11,2)
6-10	101 (16,0)	9,956 (20,8)	29 (18,4)	10,028 (20,7)
11-20	207 (32,8)	10,983 (22,9)	41 (25,6)	11,149 (23,1)
>20	85 (13,5)	1,660 (3,5)	18 (11,3)	1,727 (3,6)
Мають ЦД	82 (13,1)	3,848 (8,0)	0 (0)	441 (0,9)
Фізично активні	147 (22,8)	17,871 (36,8)	30 (18,5)	18,008 (36,6)
Споживання алкоголю, г/тиж.				
Взагалі не споживають, <1 г	39 (6,2)	2,742 (5,8)	15 (9,6)	2,766 (5,8)
1-100 г	342 (54,6)	33,184 (70,7)	91 (58,8)	33,435 (70,5)
101-250 г	188 (30,0)	9,359 (19,9)	46 (29,3)	9,501 (20,0)
>250 г	57 (9,1)	1,667 (3,6)	5 (3,2)	1,719 (3,6)
Соціально-економічний рівень у дитинстві залежно від професії батька*				
Некваліфікований робітник	210 (33,5)	16,141 (33,9)	69 (44,0)	16,282 (33,9)
Кваліфікований робітник	145 (23,1)	10,402 (21,9)	32 (20,4)	10,515 (21,9)
Фермер	35 (5,6)	5,384 (11,3)	9 (5,7)	5,410 (11,3)
Працівник, що займається інтелектуальною діяльністю				
Нижчий рівень	85 (13,6)	4,912 (10,3)	16 (10,2)	4,981 (10,4)
Середній рівень	124 (19,8)	8,182 (17,2)	24 (15,3)	8,282 (17,2)
Вищий рівень	28 (4,5)	2,556 (5,4)	7 (4,5)	2,577 (5,4)
Сімейний анамнез ІХС	14 (2,2)	996 (2,1)	2 (1,2)	1,008 (2,1)

Примітка. Значення представлені як середнє $\pm$ SD або n (%). *Професія батька або іншого голови господарства, якщо це не був батько.

економічним статусом молодих чоловіків та симптомами Т.

Після тривалого (37±1 рік) спостереження шведські науковці вирішили проаналізувати можливий зв'язок Д. і Т. із розвитком клінічно виражених форм ІХС. Отримані результати представлено в табл. 3.

Як видно з табл. 3, особи, у яких пізніше виникла ІХС, були менш активними та курили більше сигарет. Також у них частіше спостерігався ЦД, обтяжений сімейний анамнез щодо ІХС і нижчий соціально-економічний статус в юності.

Вплив ранніх симптомів депресії або тривожності на ризик подальшого розвитку ішемічної хвороби серця

Основним завданням шведських дослідників був пошук кореляції між ранніми проявами Д. або Т. в юнаків призовного віку та ризиком подальшого розвитку в них ІХС через 36-38 років. Отримані результати представлено в табл. 4.

Як видно з табл. 4, відносний ризик зв'язку між ранніми проявами Д. у молодих чоловіків і розвитком фатальної ІХС у них після досягнення зрілого віку був відносно слабким і статистично несуттєвим. Після корекції, що враховувала багатовимірний вплив проміжних факторів, він послаблювався ще більше. Навпаки, Т. була сильно пов'язана з розвитком ІХС та фатального гострого ІМ як в одновимірній, так і в багатовимірних моделях. Серед головних додаткових змінних, які враховувалися в багатовимірних моделях, найголовнішими були: куріння, споживання алкоголю, рівень фізичної активності та показники систолічного АТ. Вважається, що кожен із цих параметрів може впливати на серцево-судинну смертність незалежно від розвитку й прогресування Т. або Д. Для повноти отриманого аналізу організатори дослідження ви-

Таблиця 3. Порівняння груп осіб, які були госпіталізовані або померли від ішемічної хвороби серця, із відносно здоровими особами (адапт. за [10])

Характеристика	Характеристика популяції щодо майбутньої госпіталізації та смертності від ІХС	
	Мали ІХС	Не мали ІХС
N	1,894	47,427
Систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.	126±12	127±12
Індекс маси тіла, кг/м²	22±3,1	21,0±2,5
Зріст, см	17±6	178±7
Кількість вичурених сигарет протягом дня		
0	498 (26,8)	19,605 (42,0)
1-5	166 (8,9)	5,266 (11,3)
6-10	436 (23,5)	9,621 (20,6)
11-20	631 (34,0)	10,559 (22,6)
>20	126 (6,8)	1,619 (3,5)
Мають ЦД	9 (0,48)	32 (0,07)
Фізично активні	616 (32,5)	17,422 (36,7)
Споживання алкоголю, г/тиж.		
Не споживають, <1 г	90 (5,0)	2,691 (5,9)
1-100 г	1,234 (67,8)	32,292 (70,6)
101-250 г	410 (22,5)	9,137 (20,0)
>250 г	85 (4,7)	1,639 (3,6)
Соціально-економічний рівень у дитинстві залежно від професії батька*		
Некваліфікований робітник	717 (39,1)	15,634 (33,7)
Кваліфікований робітник	438 (23,9)	10,693 (21,8)
Фермер	190 (10,4)	5,229 (11,3)
Працівник, що займається інтелектуальною діяльністю		
Нижчий рівень	164 (8,9)	4,833 (10,4)
Середній рівень	255 (13,9)	8,051 (17,4)
Вищий рівень	71 (3,9)	2,513 (5,4)
Сімейний анамнез ІХС	96 (9,5)	914 (1,9)

Примітка. Значення представлені як середнє ± SD або n (%). *Професія батька або іншого голови господарства, якщо це не був батько.

Таблиця 4. Порівняння віддаленої захворюваності та смертності від ішемічної хвороби серця між групами осіб із тривожністю або депресією і відносно здоровими особами (адапт. за [10]).

Характеристика	Мають депресію	Не мають депресії	Мають тривогу	Не мають тривоги
N	646	48,675	162	49,159
Ішемічна хвороба серця				
Звернулися до лікарів	30 (4,6)	1,864 (3,8)	14 (8,6)	1,880 (3,8)
Нескоригований коефіцієнт ризику	1,26 (0,88-1,81)	1,00	2,30 (1,36-3,89)	1,00
Скоригований коефіцієнт ризику з урахуванням проміжних факторів	1,04 (0,70-1,54)	1,00	2,17 (1,28-3,67)	1,00
Гострий інфаркт міокарда				
Звернулися до лікарів	22 (3,4)	1,273 (2,6)	11 (6,8)	1,284 (2,6)
Нескоригований коефіцієнт ризику	1,36 (0,89-2,07)	1,00	2,56 (1,46-4,80)	1,00
Скоригований коефіцієнт ризику з урахуванням проміжних факторів*	1,03 (0,65-1,65)	1,00	2,51 (1,38-4,55)	1,00

Примітка. Значення представлені як n (%) або відношення ризиків (ВР) (95% довірчий інтервал (ДІ)). *Скоригований за багатьма факторами коефіцієнт ризику враховує такі проміжні фактори: 1) куріння (у 5 категоріях); 2) зростання тіла; 3) ЦД; 4) систолічний артеріальний тиск; 5) вживання алкоголю (у 4 категоріях); 6) фізична активність; 7) професія батька (у 6 категоріях); 8) обтяжений сімейний анамнез за ІХС та 9) географічний регіон (у 2 категоріях).

вчали також вплив інших антропометричних та соціально-демографічних факторів, а саме: зріст, професію батька, обтяжений сімейний анамнез за ІХС та географічну область проживання, тобто ті чинники, які можуть створювати певний вплив на кінцеві результати цього дослідження. Відносний ризик госпіталізації з приводу ІХС та гострого фатального ІМ у молодих осіб із ранніми проявами Д. через 36-38 років становив 1,18 (95% ДІ: 0,80-1,75) та 1,20 (95% ДІ: 0,75-1,90) відповідно. Для Т. аналогічні показники становили 2,44 (95% ДІ: 1,44-4,14) і 2,82 (95% ДІ: 1,56-5,11) відповідно [10].

Порівняння результатів багаторічного шведського спостереження з іншими іноземними дослідженнями

Таким чином, результати шведського дослідження не виявили зв'язку між ранніми проявами депресії Д. у чоловіків 18-20 років та розвитком ІХС у більш пізньому віці (нагадаємо, що дослідження тривало 37 ± 1 рік). Отримані дані не суперечать результатам проведеного кількома роками раніше британськими науковцями мета-аналізу, метою якого було визначення впливу Д. на розвиток ІХС. Кардіологи з Лондона прагнули дослідити Д. як етіологічний фактор у виникненні ІХС; із цією метою вони проаналізували сукупні дані понад 20 тривалих досліджень, що містили інформацію про 4016 фатальних подій серед 124 509 учасників, за якими спостерігали в середньому 10,8 року. Опрацювавши величезний масив інформації, британські фахівці не змогли довести, що Д. є встановленим незалежним ФР розвитку ІХС. Зв'язок між Д. та ІХС виглядав сумнівним і недоведеним через використання різних шкал діагностики цього захворювання, значні нескориговані ефекти, переоцінку етіологічного впливу Д. та зворотний причинно-наслідковий зв'язок [12].

Хоча потенційний зв'язок між Т. та ІХС виглядав менш очевидним в іншому британському дослідженні [13], у роботі шведських науковців він був підтверджений в одновимірній та багатовимірних моделях. Т. виявилася сильно пов'язаною із майбутніми несприятливими серцево-судинними подіями (ССП). Відносний ризик значно віддаленої в часі госпіталізації з приводу ІХС та гострого фатального ІМ в осіб із ранніми проявами Т. становив 2,44 (95% ДІ: 1,44-4,14) і 2,82 (95% ДІ: 1,56-5,11) відповідно [10]. Усі учасники проходили детальне медично-психологічне обстеження, причому діагноз Т. встановлювався психіатром. Враховуючи молодий вік призовників (18-20 років), зворотна причинність виглядає неможливою. Як відомо, гіперактивність симпатичної нервової системи і вегетативна дисфункція в

осіб із Т. можуть підвищувати ризик несприятливих ССП. Одне з попередніх досліджень, що проводилося у Франції, виявило вищу частоту серцевих скорочень (ЧСС) і зниження варіабельності серцевого ритму в пацієнтів із Т. [14]. Науковці висунули гіпотезу, що артеріальна гіпертензія (АГ) може бути посередником між Т. та ІХС. Французькі дослідники були одними з перших у світі, хто виявив сильний кореляційний зв'язок Т. з АГ, але не між Д. з АГ. Хоча вони обстежували групу літніх осіб (1389 пацієнтів обох статей віком 59-71 р. із французького міста Нант), вплив Т. на виникнення та прогресування АГ було встановлено лише в чоловіків [14]. Загалом результати стокгольмського дослідження значно доповнюють сучасне розуміння причин виникнення атеросклерозу коронарних артерій, оскільки Т. тепер можна розглядати як новий додатковий ФР виникнення й прогресування ІХС, поруч з іншими, попередньо встановленими несприятливими зовнішніми та внутрішніми чинниками [15]. Шведські кардіологи спостерігали за своїми пацієнтами тривалий час (37 ± 1 рік), що вигідно вирізняє їхнє дослідження від попередніх, середня тривалість яких становила близько 15 років, а вік обстежуваних осіб був переважно середнім або похилим. Учасники стокгольмського дослідження, з огляду на їхній юний вік, не могли мати субклінічних проявів ІХС [10].

Відносним недоліком цього спостереження, як визнають самі автори, є той факт, що вони не вивчали поєднаний вплив Т. і Д. на появу ІХС. Обидва вищезазначені стани можуть перебігати незалежно один від одного, але можуть і поєднуватися. Часом вони можуть мати подібні симптоми, які ускладнюють їх диференційну діагностику [5, 6]. У популяційних дослідженнях часто не проводиться чітке розмежування цих патологій і не діагностується їхнє одночасне співіснування в одного й того самого пацієнта, що переконливо продемонстровано в спільній американсько-австралійській оглядовій статті [16].

Висновки

Результати дослідження іноземних науковців свідчать про існування статистично підтвердженого зв'язку між симптомами тривожності в молодих чоловіків та розвитком ішемічної хвороби серця в зрілому або похилому віці. Водночас між ранніми симптомами депресії та пізнішим виникненням ішемічної хвороби серця подібний зв'язок не встановлено. Отже, лише тривога з раннім початком, а не депресія, є фактором ризику розвитку ІХС у чоловіків.

Список використаної літератури

1. Чабан ОС, Хаустова ОО, Жабенко ОО. Маленька книжка про велику людську проблему, або що необхідно знати про хвороби та догляд за пацієнтом. Київ, 2011, 120 с.
2. Марута НО, Попов ДВ, Мавродій ВМ. та ін. Психосоматичні стани під час війни. Укр. мед. Часопис. 2022;5(151):7-9. doi:10.32471/umj.1680-3051.151.233846.
3. Cohen BE, Edmondson D, Kronish I. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. Am. J. Hypertens. 2015;28(11):1295-1302. doi: 10.1093/ajh/hpv047.
4. Chauvet-Gelinier J, Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. Ann. Phys. Rehab. Med. 2017;60(1):6-12. doi: 10.1016/j.rehab.2016.09.002.
5. Мальяров СА. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии. Укр. мед. Часопис. 2010;2(21):35-42.
6. Carney RM, and Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatry. 2003;54:241. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00111-2.
7. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. European Heart Journal 35 Depression and cardiovascular disease: a clinical review. 2014;1365-1372. doi: 10.1093/eurheartj/ehz462.
8. Bordoni B, Marelli F, Morabito B, Sacconi B. Depression and anxiety in patients with chronic heart failure. Future Cardiol. 2018;14(2):115-119. doi: 10.2217/fca-2017-0073.
9. Wen Y, Yang Y, Shen J, Luo S. Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. Clin Cardiol. 2021;44:761-770. doi: 10.1002/clc.23605. Epub 2021 May 7.
10. Jansky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-Onset Depression, Anxiety, and Risk of Subsequent Coronary Heart Disease: 37-Year Follow-Up of 49,321 Young Swedish Men. Journal of the American College of Cardiology. 2010;56(1):31-37. doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.033.
11. Zammit S, Allebeck P, David AS et al. A longitudinal study of premorbid IQ Score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:354-360. doi: 10.1001/archpsyc.61.4.354.
12. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. Eur Heart J. 2006;27:2763-2774. doi: 10.1093/eurheartj/ehl338.
13. Kuper H, Marmot M, Hemingway H. From Aetiology to Public Health, Oxford University Press, New York 24 June Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Coronary Heart Disease Epidemiology. 2005;363-413. doi:10.1055/s-2002-35401.
14. Paterniti S, Alperovitch A, Ducimetiere P, Dealberto MJ, Lepine JP, Bisslerbe JC. Anxiety but not depression is associated with elevated blood pressure in a community group of French elderly. Psychosom Med. 1999;61:77-83. doi: 10.1097/00006842-199901000-00013.
15. Hammoudeh AJ and Alhaddad IA. Triggers and the onset of acute myocardial infarction. Cardiol Rev. 2009;17:270-274. doi: 10.1097/CRD.0b013e3181b8bba75.
16. Beard JR, Galea S and Vlahov D. Longitudinal population-based studies of affective disorders: where to from here? BMC Psychiatry. 2008;8:83. doi: 10.1186/1471-244X-8-83.

DEPRESSION OR ANXIETY IN YOUNG MEN: WHY IT'S DANGEROUS? (ANALYSIS OF A SWEDISH STUDY)

S.D. Bablyak, V.A. Skybchuk

Abstract. The article presents the results of search for a connection between disorders of the psycho-emotional state in young people and the occurrence of serious cardiac diseases in age older than 36-38 years. An analysis of a long-term Swedish study was carried out, where 49,321 young men aged 18-20 before their conscription for military service were surveyed. The obtained results showed a weak and statistically insufficient correlation between early manifestations of depression in young men and the subsequent development of coronary heart disease in older men. In contrast to depression, the presence of anxiety was strongly associated with the future development of coronary heart disease over the next four decades.

Keywords: anxiety, depression, coronary heart disease, remote risk.

Для цитування: Бабляк СД, Скибчик ВА. Депресія або тривожність у молодих чоловіків: чому це небезпечно? (Аналіз шведського дослідження). Практикуючий лікар, 2026, № 1, с. 25-30. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.25.

Адреса для листування: Бабляк Сергій Дмитрович, bablserg2@gmail.com; ПП «АРОЛ ПЛЮС», м. Львів-Винники, вул. Пушкіна, 1/1. Скибчик Василь Антонович, profvas292@gmail.com; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Бабляк Сергій Дмитрович, кандидат медичних наук, лікар фізичної та реабілітаційної медицини ПП «АРОЛ ПЛЮС». ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6026-883X>. Скибчик Василь Антонович, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0002-7140-0162.

Особистий внесок: Бабляк С.Д. — аналіз літературних даних, написання статті. Скибчик В.А. — генератор ідеї, оформлення статті.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

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

Проходження статті: Надійшла до редакції 13.01.2026 р., прийнята на друкування 17.01.2026 р., надрукована 28.03.26 р.

For citation: Bablyak SD, Skybchuk VA. Modern treatment of ventricular extrasystole: how the paradigm has changed? (Analysis of a Swedish study). The Practitioner, 2026, № 1, p. 25-30. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.25.

Correspondence address: Babliak Serhii Dmytrovych, bablserg2@gmail.com; Private enterprise AROL PLUS Lviv-Vynnyky, Pushkina St., 1/1. Skybchuk Vasyl Antonovych, profvas292@gmail.com; SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv», Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPGE, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Bablyak Serhiy Dmytrovych, Candidate of Medical Sciences, Doctor of Physical and Rehabilitation Medicine, Private Enterprise «AROL PLUS». ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6026-883X>. Skybchuk Vasyl Antonovych, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPGE, SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv». ORCID: 0000-0002-7140-0162.

Personal contribution: Babliak SD — analyzing literature data, article writing. Skybchuk VA — an idea generator, article writing.

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

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

Article: Received 13.01.2026, accepted 17.01.2026, published 28.03.26.