

УДК 616.891.6-02:616.895.4:616-007-053.1:616-053.81

Лебідь І. Г.^{1, 2}, канд. мед. наук, ст. науковий співробітник, провідний науковий співробітник
Руденко Н. М.^{1, 2}, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри дитячої кардіології та кардіохірургії

Лебедь Є. І.^{1, 2}, канд. мед. наук, доцент кафедри дитячої кардіології та кардіохірургії

Ємець І. М.^{1, 2}, д-р мед. наук, професор, директор

¹ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Вплив тривоги та депресії на якість життя оперованих і неоперованих дорослих із вродженими вадами серця

Резюме. У статті наведено результати аналізу якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖПЗ), і дослідження рівня тривоги та депресії в оперованих і неоперованих дорослих на підставі оцінювання 456 послідовних пацієнтів із вродженими вадами серця (ВВС) та/або станом після перенесених кардіохірургічних втручань, які становили основну групу, та 79 практично здорових дорослих контрольної групи. У дорослих ВВС характеризуються неоднорідними нозологічними одиницями з різним спектром патологічних станів, ступенем тяжкості та прогнозом життя, захворювання має індивідуальний перебіг, який відображається у формуванні ступеня тяжкості вади, але ізольовано не впливає на ЯЖПЗ таких хворих, яка зберігається на достатньому рівні. Тривожні розлади в осіб жіночої статі є більш вираженими, виявляються в усіх вікових групах і мають чітку тенденцію до погіршення з віком. Депресивні розлади серед жінок виникають пізніше й перебігають повільніше. Рівень тривоги й депресії в молодих осіб із ВВС практично відповідали показникам у здорових осіб без вроджених аномалій серця. Погіршення основних показників якості життя було виявлено з віком у старших пацієнтів. Відзначено простоту, швидкість і легкість використання в загальній медичній практиці госпітальної шкали тривоги та депресії в дорослих пацієнтів із ВВС під час оцінювання ЯЖПЗ, що дозволило окремо визначити рівень тривоги та депресії. Тому цю шкалу слід застосовувати при стандартизованому обстеженні таких хворих.

Ключові слова: тривога, депресія, вроджені вади серця, дорослі.

ВСТУП

Вроджені вади серця (ВВС) у дорослих є хронічним захворюванням [4, 11, 12]. Дорослі пацієнти з ВВС мають різні первинні діагнози, були прооперовані в дитинстві чи взагалі не мають жодного кардіологічного або кардіохірургічного втручання, тому оцінювання стану таких хворих неможливе без урахування показників, що відображають

різні сфери життя (фізичне, психічне, соціальне здоров'я) [1, 5–9]. Вивчення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖПЗ), визначення показників, асоційованих і неасоційованих із захворюванням, має диференційовано визначити вплив хвороби та її лікування на психологічний, емоційний стан хворого, його соціальний статус у суспільстві, а також є важливими високоінформативними інструментами в наданні медичної допомоги пацієнтам як із серцево-судинною патологією, так і безпосередньо з вродженими аномаліями серця та магістральних судин [3, 10, 11, 13].

МЕТА РОБОТИ

Проаналізувати ЯЖПЗ і вивчити рівень тривоги та депресії в оперованих і неоперованих дорослих із ВВС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відповідно до критеріїв відбору, усім послідовним пацієнтам, які звернулись до ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії (НПМЦДКК) МОЗ України» з 1 січня 2014 року по 31 грудня 2015 року, було запропоновано заповнити розроблений нами поєднаний протокол, який складався з клініко-демографічних питань та опитувальника для оцінювання ЯЖПЗ – госпітальної шкали для виявлення тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [5]. Ця шкала розроблена для виявлення тривоги й депресії, містить дві субшкали, які складаються з 14 тверджень (7 для виявлення тривоги та 7 для виявлення депресії). Пропонуються чотири варіанти відповідей, що відображають ознаки за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність проявів) до 4 балів (максимальна вираженість). Під час інтерпретації даних ураховують сумарний показник за кожною субшкалою, при цьому виділяють три області значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11–21 бал – клінічно виражена тривога/депресія [2, 5]. Критеріями включення до дослідження були: наявність діагнозу ВВС згідно зі стандартизованим визначенням Mitchell S. C., вік понад 18 років, грамотність, вільне володіння українською та російською мовами, можливість розуміння поставлених питань, усна інформована згода [4]. За наявності розумової відсталості таких пацієнтів виключали з дослідження. Усі дорослі пацієнти відповідно до віку були розподілені на 3 групи (вік від 18 до 20 років, від 21 до 40 років та група пацієнтів віком понад 41 рік).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усього було видано 598 протоколів-опитувальників. Відзначено, що 63 хворих відмовилися від проведення опитування з різних причин (незгода на збір даних, погане розуміння питань, небажання тощо) або не повернули протоколи для подальшої обробки інформації. У роботу було включено 456 послідовних дорослих із діагнозом ВВС

та/або станом після перенесених кардіохірургічних втручань, які становили основну групу. З них чоловіків було 225 (49,3 %), жінок – 231 (50,7 %). Середній вік становив $27,4 \pm 0,5$ років (від 18 до 67 років). Переважна більшість пацієнтів ($n = 398$) була віком до 40 років, що становило 87,3 %, віком понад 40 років – 58 (12,7 %) хворих. Структура основної групи за гендерним і віковим розподілом наведена в таблиці 1. Контрольну групу ($n = 79$) становили практично здорові дорослі. Серед них осіб чоловічої статі було 39 (49,3 %), жіночої – 40 (50,7 %). Середній вік становив $26,9 \pm 1,2$ років (від 18 до 64 років), 10 (12,6 %) пацієнтів контрольної групи були віком понад 40 років.

Таблиця 1
Структура пацієнтів основної групи залежно від віку та статі

Стать	Вік (роки)					
	18–20		21–40		41 та понад	
	п	%	п	%	п	%
Чоловіки ($n = 225$)	97	43,1	106	47,1	22	9,8
Жінки ($n = 231$)	70	30,3	125	54,1	36	15,6
Усі ($n = 456$)	167	36,6	231	50,7	58	12,7

Аналіз клініко-демографічних показників у дорослих із ВВС виявив переважну кількість неодружених молодих осіб, які мешкають з батьками. За показниками освіти переважна більшість пацієнтів мала середню освіту ($n = 229$), що становило половину всіх дорослих основної групи (50,2 %). Третина пацієнтів цієї групи отримувала освіту та була представлена в групі студентів ($n = 131$; 28,7 %). Важливо відзначити незначну кількість дорослих, які взагалі не мали освіти ($n = 20$; 4,4 %), що може слугувати вагомою ознакою під час оцінювання ЯЖПЗ у таких хворих. Під час аналізу робочого статусу дорослих із ВВС досліджуваної групи привертає увагу практично однакове розподілення між пацієнтами, які займаються фізичною працею у професійному житті ($n = 92$; 20,2 %) та задіяні в офісній роботі ($n = 105$; 23 %). Така динаміка є дуже позитивною ознакою достатньої ЯЖПЗ таких хворих. Водночас практично 1/5 усіх дорослих із ВВС відзначили свій статус як «безробітний», що може вказувати на складнощі у виборі певної спеціальності чи неможливість бути адекватно задіяним у роботі за отриманим освітнім фахом.

У структурі діагнозів переважали дефекти перегородок ($n = 137$, 30 %), вроджені вади аортального клапана ($n = 89$; 19 %), коарктація аорти ($n = 46$, 10 %). Відкрита артеріальна протока, тетрада Фалло, різні форми єдиного шлуночка та атріовентрикулярного (АВ) ка-

налу, підкляпанний і надкляпанний аортальний стеноз, частковий і тотальний аномальні дренажі легеневих вен, аномалія Ебштейна становили від 3 до 6 % серед усіх вад серця в дорослих хворих, які були залучені в дослідження. У структурі цієї групи у 321 (70,4 %) дорослого відзначали попередні хірургічні та/або черезшкірні втручання, у 135 (29,6 %) пацієнтів на час проведення опитування не виконували жодних кардіологічних або кардіохірургічних втручань. Більшість прооперованих хворих (n = 218; 67,9 %) мали одне втручання з приводу ВВС, 59 (18,3 %) – 2 втручання, 32 (9,9 %) – 3 втручання, 12 (3,7 %) хворих – 4 та більше втручань.

За результатами оцінювання показників госпітальної шкали тривоги й депресії (HADS) тривожність у дорослих в основній групі виявили в межах $6,0 \pm 0,2$ балів, депресивні розлади – $4,7 \pm 0,2$ балів. Достовірних розбіжностей цих показників порівняно з контрольною групою практично здорових дорослих ($5,5 \pm 0,3$ та $4,1 \pm 0,4$ балів відповідно) виявлено не було ($p > 0,05$). Структуру досліджуваних за цією методикою показників наведено на рисунку 1. У 1/3 дорослих основної групи виявлені ознаки тривоги (субклінічної (n = 80; 17 %) та клінічної (n = 63; 14 %)), у 1/5 – ознаки депресії (субклінічної (n = 50; 11 %) та клінічної (n = 47; 10 %)).

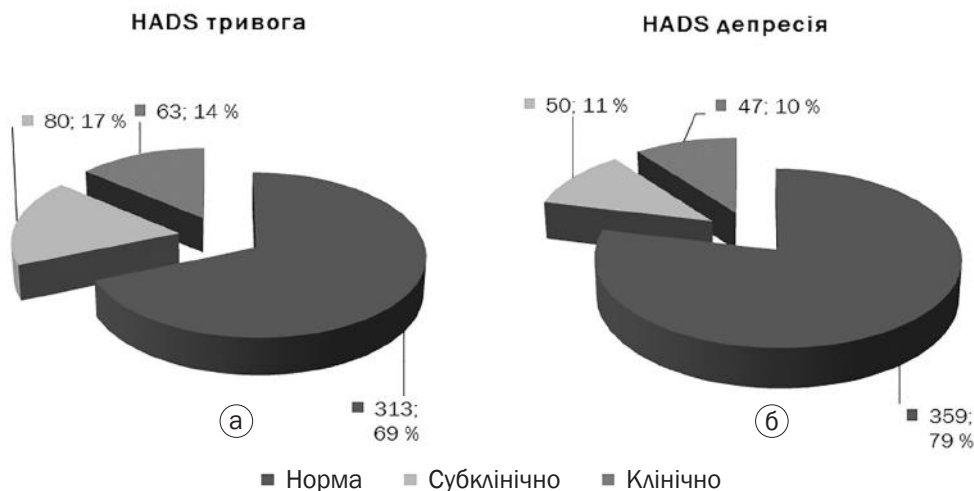


Рисунок 1. Порівняльна оцінка результатів госпітальної шкали тривоги (а) та депресії (б) у пацієнтів основної групи

У пацієнтів із ВВС субклінічні та клінічні ознаки тривожного стану було виявлено практично у 1/3 хворих (n = 143; 31,3 %), у той час як у контрольній групі цей показник становив 1/5 усіх залучених у дослідження практично здорових дорослих (n = 16; 20,2 %). Субклінічні та клінічні ознаки депресивних розладів у пацієнтів основної групи вияв-

лялися практично у 1/5 хворих ($n = 97$; 21,3 %), у той час як у контрольній групі цей показник ($n = 11$; 13,9 %) був значно нижчим. Жінки основної групи мали достовірно вищі показники, що відповідають тривожним ($6,7 \pm 0,3$ балів) та депресивним ($5,2 \pm 0,3$ балів) розладам, порівняно з аналогічними даними серед чоловіків ($5,2 \pm 0,2$ та $4,1 \pm 0,2$ балів відповідно, $p < 0,05$). Гендерний структурний рівень тривожності за методикою HADS серед пацієнтів основної групи наведено на рисунку 2. Серед осіб жіночої статі частіше виявлялися ознаки субклінічної ($n = 48$; 21 %) та клінічної ($n = 40$; 17 %) тривоги, у той час як відсутність тривожних розладів було відзначено тільки у 2/3 жінок основної групи. Відсутність ознак тривоги виявлялась у 3/4 усіх чоловіків основної групи, субклінічні та клінічні тривожні ознаки становили 14 та 10 % відповідно.

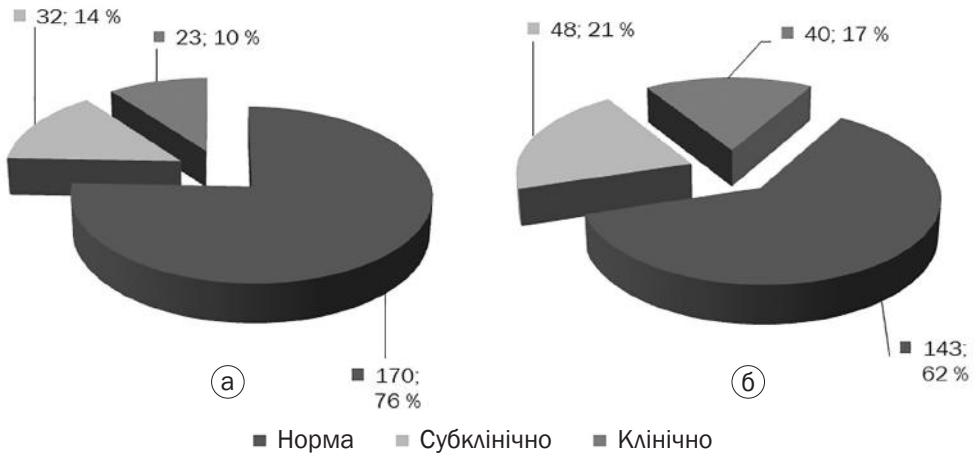


Рисунок 2

Ознаки тривоги за методикою оцінювання госпітальної шкали тривоги та депресії в пацієнтів основної групи залежно від статі (а – серед чоловіків, б – серед жінок)

Аналіз депресивних розладів за результатами госпітальної шкали тривоги та депресії залежно від статі серед дорослих із ВВС наведено на рисунку 3. Серед осіб жіночої статі 1/4 пацієнтів мали депресивні розлади ($n = 61$; 26,5 %), у той час як серед чоловіків тільки 16 % ($n = 36$), за даними опитувальника HADS, мали відповідні зміни. Так, кількість жінок із субклінічно значущою депресією ($n = 35$; 15 %) більш ніж у 2 рази перевищувала аналогічний показник у чоловіків основної групи ($n = 15$; 7 %). Отримані дані підкреслюють наявність гендерних особливостей у дорослих із ВВС і потребують ретельнішої уваги до осіб жіночої статі, враховуючи достовірно частіші прояви в них тривоги та депресії, які безпосередньо впливають на якість і тривалість життя таких хворих.

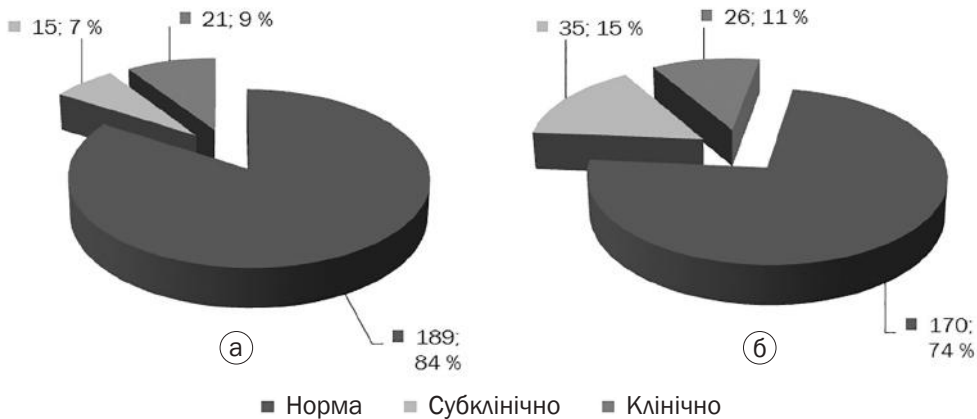


Рисунок 3
Ознаки депресії за методикою оцінювання госпітальної шкали тривоги та депресії у пацієнтів основної групи залежно від статі (а – серед чоловіків, б – серед жінок)

Дослідження взаємозв'язків між рівнем тривожних і депресивних розладів і статтю було проаналізовано залежно від віку хворих основної групи, які були залучені в дослідження. Отримані результати наведені на рисунку 4.

Показники, що відповідають стану тривоги в молодих дорослих жіночої статі віком 18–20 років ($5,4 \pm 0,4$ балів) та 21–40 років ($6,7 \pm 0,3$ балів), були достовірно вищими, ніж у чоловіків у відповідних вікових групах ($4,2 \pm 0,3$ та $5,5 \pm 0,3$ балів відповідно, $p < 0,05$). У старших дорослих віком понад 41 рік достовірних розбіжностей за статтю пацієнтів виявлено не було ($9,3 \pm 0,6$ балів у жінок та $7,9 \pm 0,9$ балів у чоловіків, $p > 0,05$), однак рівень тривожності відповідно в чоловіків та жінок був достовірно нижчим порівняно із середніми показниками в основній групі та показниками в молодих дорослих віком до 40 років (рисунок 4, а). Під час аналізу рівня депресії в молодих пацієнтів основної групи віком від 18 до 20 років достовірних розбіжностей серед чоловіків ($3,2 \pm 0,3$ балів) та жінок ($3,9 \pm 0,4$ балів) виявлено не було ($p > 0,05$), а ці показники були найнижчими в усіх вікових групах і достовірно нижчими, ніж середні показники депресії залежно від статі (рисунок 4, б). У віковій групі від 21 до 40 років у жінок показник, який відповідає депресії, був достовірно вищим ($5,3 \pm 0,3$ балів) порівняно з чоловіками цієї вікової групи ($4,1 \pm 0,3$ балів; $p < 0,05$). Старші за віком пацієнти основної групи не мали достовірних розбіжностей у групах серед чоловіків ($7,8 \pm 0,9$ балів) та жінок ($7,4 \pm 0,6$ балів) ($p > 0,05$), однак так само, як і під час оцінювання тривожних розладів, ці показники були достовірно нижчими порівняно з відповідними за статтю групами молодих дорослих із ВВС ($p < 0,05$).

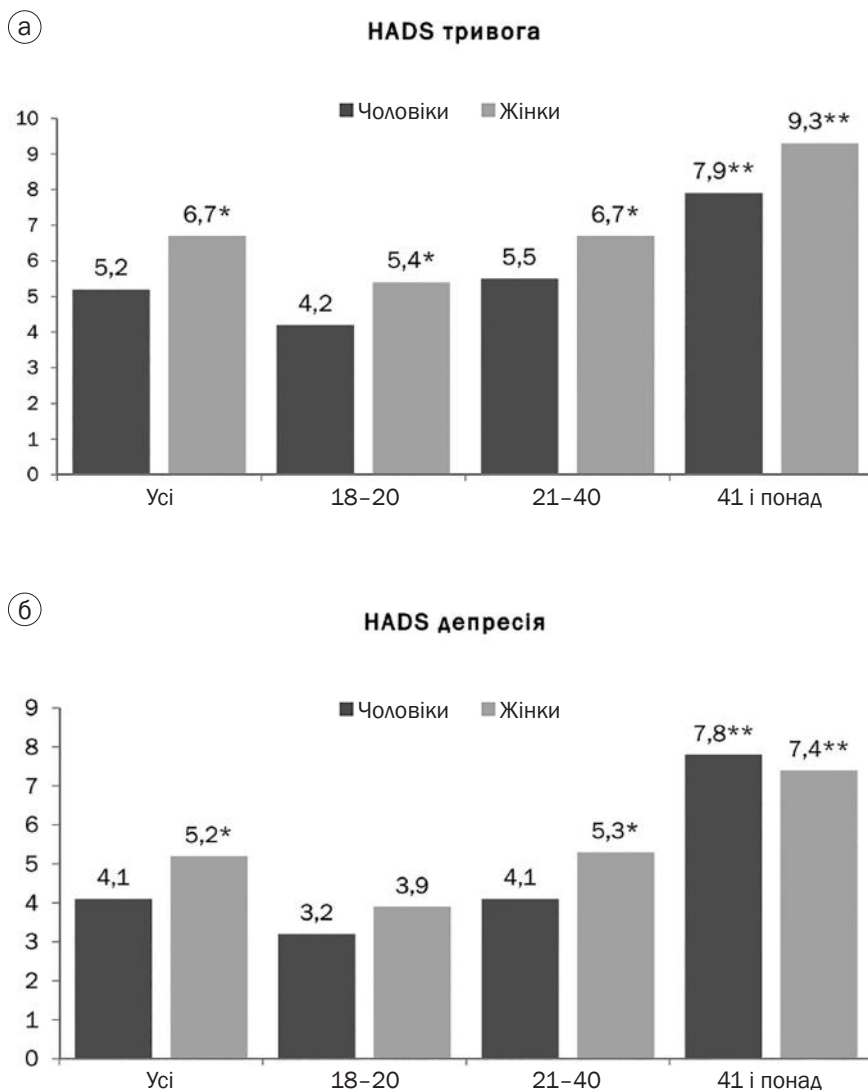


Рисунок 4. Ознаки тривоги (а) та депресії (б) за методикою оцінювання госпітальної шкали тривоги та депресії в пацієнтів основної групи залежно від статі та віку
 Примітка. * – різниця показників достовірна ($p < 0,05$) порівняно між особами різної статі; ** – різниця достовірна ($p < 0,05$) порівняно між особами однієї статі віком до 40 років та 41 рік і більше.

Таким чином, аналіз ЯЖПЗ у дорослих із ВВС показав, що, незважаючи на неоднорідність нозологічних одиниць вад серця, їх складність, кількість проведених попередніх кардіохірургічних втручань або без жодного втручання на серці, такі пацієнти мають достатньо

позитивні показники порівняно зі здоровими дорослими без вродженої патології серцево-судинної системи. Так, Moons P. зі співавторами показали хороші результати за оцінкою якості життя в пацієнтів із вадами серця середнього та важкого ступеня тяжкості [12]. Однак було відзначено, що оцінювання ЯЖПЗ проводять на підставі аналізу стану здоров'я, що визначає безпосередньо хворий. Суб'єктивний характер оцінювання стану здоров'я дорослого хворого із ВВС має бути підкріплений результатами не тільки аналізу симптомів, можливістю виконувати фізичну роботу, настроєм тощо, а й додатково мати об'єктивну оцінку та задоволеність навколишнім середовищем, умовами життя та праці, соціальним забезпеченням, можливістю задовольнити свої релігійні й особисті переконання [2, 3, 7, 11]. Тому важливим питанням під час аналізу ЯЖПЗ є використання стандартизованих опитувальників, які дозволять об'єктивізувати зниження якості життя серед дорослих із ВВС.

Аналіз ЯЖПЗ за допомогою методики вивчення рівня тривоги та депресії дав змогу виявити певні гендерні й вікові особливості в дорослих пацієнтів із вродженими аномаліями серця та магістральних судин. Тривожні розлади в осіб жіночої статі є більш вираженими, виявляються в усіх вікових групах і мають чітку тенденцію до погіршення з віком. Депресивні розлади виникають пізніше й повільніше. Так, віком понад 21 рік жінки достовірно частіше за чоловіків страждають на депресію, маючи як субклінічні (11 %), так і клінічні ознаки цього патологічного стану. На нашу думку, дорослі із ВВС віком понад 41 рік, а особливо пацієнти жіночої статі, потребують ретельнішої уваги для своєчасного виявлення субклінічних форм тривоги та депресії, а в разі розвитку клінічних ознак цих патологічних змін впровадження в комплекс кардіологічної допомоги таким хворим відповідних заходів.

Існують суперечливі дані літератури щодо гендерних особливостей ЯЖПЗ серед дорослих із ВВС. Так, Chen C. A. зі співавторами показали гірші показники серед жінок із ВВС порівняно з чоловіками на підставі аналізу 289 дорослих із ВВС (середній вік $33,2 \pm 10,6$ років, 36 % осіб чоловічої статі) [9]. Amedro P. зі співавторами на підставі проспективного багатоцентрового дослідження дорослих із ВВС у поєднанні з високою легеневою гіпертензією у Франції отримали гірші показники ЯЖПЗ серед осіб жіночої статі порівняно з чоловіками [6]. Однак у роботі Apers S. зі співавторами не було отримано достовірних даних щодо впливу статі на показники, які відповідають ЯЖПЗ [7].

Застосування методики оцінювання госпітальної шкали тривоги та депресії в дорослих пацієнтів із ВВС продемонструвало простоту, швидкість та легкість використання в загальній медичній практиці, дозволило провести окремо оцінювання рівня тривоги й депресії, не потребувало додаткового обладнання, тому, без сумніву, може бути рекомендоване в стандартизованому плані для обстеження таких хворих.

ВИСНОВКИ

У дорослих ВВС характеризуються неоднорідними нозологічними одиницями з різним спектром патологічних станів, ступенем тяжкості та прогнозом життя, захворювання має індивідуальний перебіг, який відображається у формуванні ступеня тяжкості вади, але ізолювано не впливає на ЯЖПЗ таких хворих, яка зберігається на достатньому рівні. Тривожні розлади в осіб жіночої статі є більш вираженими, виявляються в усіх вікових групах і мають чітку тенденцію до погіршення з віком. Депресивні розлади виникають пізніше й повільніше. Так, віком понад 21 рік жінки достовірно частіше за чоловіків страждають на депресію, маючи як субклінічні (11 %), так і клінічні ознаки певного патологічного стану. Показники ЯЖПЗ у молодих дорослих із ВВС були достатньо позитивні, рівні тривоги та депресії практично відповідали показникам у здорових осіб без вроджених аномалій серця. Погіршення основних показників якості життя було виявлено у старших пацієнтів віком понад 41 рік.

Використання стандартизованих опитувальників є простим і доступним способом виявлення погіршення ЯЖПЗ, підвищення рівня тривоги та депресії в таких хворих, не потребує додаткових умов, дозволяє своєчасно виявити погіршення стану здоров'я дорослих із ВВС і призначити відповідну терапію та комплекс реабілітаційних кардіологічних програм.

Lebid I. H.¹, Candidate of Medical Science, Senior Researcher, Leading Researcher

Rudenko N. M.^{1,2}, Doctor of Medical Sciences, Professor

Liebid Y. I.², Candidate of Medical Science, Assistant professor

Yemets I. M.^{1,2}, Doctor of Medical Sciences, Professor

¹Scientific and Practical Medical Center for Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery, Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Anxiety and depression impact on the health-related life quality in operated and non-operated adults with congenital heart disease

SUMMARY. The article presents the results of the health-related quality of life (HRQoL) analysis with anxiety and depression estimation in operated and non-operated adults with congenital heart disease (ACHD). The 456 consecutive ACHD were estimated that comprised the main group and 79 healthy adults without any congenital malformation in the control group. ACHD, combining patients with heterogeneous nosological diagnosis, with a different pathological status spectrum, varying severity degrees and different life prognosis, have an individual follow up. Types and severity of CHD did not relate to the HRQoL isolated, so these patients saved well-

estimated indexes. Anxiety disorders in females are more pronounced, found in all age groups and have a clear tendency to worsen with age. Depressive disorders among women arise later and more slowly. The level of anxiety and depression in young ACHD were good and almost responded to healthy adults without any congenital heart anomalies. The main HRQoL indexes decreasing was found in older adult patients with the age increasing. HRQoL evaluation using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in ACHD is simple, fast and easy. The method allows assess separately the level of anxiety and depression and may be used in standardized examination of such patients.

KEYWORDS: anxiety, depression, congenital heart disease, adult.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Особенности диагностики и хирургического лечения врожденных септальных дефектов у взрослых пациентов с легочной гипертензией / Р. К. Джорджкиия, И. И. Вагизов, Г. И. Харитонов и др. // Медицинский Альманах. – 2017. – № 3. – С. 22–24.
2. Касьянова А. Ю. Медико-психологічні особливості якості життя молодих дорослих пацієнтів із прооперованими вродженими вадами серця / А. Ю. Касьянова, І. Г. Лебідь // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2014. – Т. 2, № 3. – С. 365–372.
3. Корнацький В. М., Мороз Д. М. Вплив тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із серцево-судинною патологією / В. М. Корнацький, Д. М. Мороз // Буковинський медичний вісник. – 2015. – № 4 (76). – С. 84–88.
4. Лебідь І. Г. Поширеність вроджених вад серця і магістральних судин у дорослих / І. Г. Лебідь // Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія. – 2017. – № 1. – С. 6–12.
5. Якість життя у пацієнтів із вродженими вадами серця : практичний посібник / [І. Г. Лебідь, Н. М. Руденко, А. Ю. Сидоренко та ін.]. – Київ : Вид. НПМЦДКК, 2016. – 49 с.
6. Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study / P. Amedro, A. Basquin, V. Gressin, [et al.] // *Cardiology in the Young*. – 2016. – Vol. 26 (7). – P. 1250–1259.
7. Quality of Life of Adults With Congenital Heart Disease in 15 Countries: Evaluating Country-Specific Characteristics / S. Apers, A. H. Kovacs, K. Luyckx, [et al.] // *J Am Coll Cardiol*. – 2016. – Vol. 67 (19). – P. 2237–2245.
8. Patient reported outcomes are associated with physical activity level in adults with congenital heart disease / A. Bay, M. Dellborg, M. Berghammer, [et al.] // *Int J Cardiol*. – 2017. – Vol. 243. – P. 174–179.
9. Quality of life in adults with congenital heart disease: biopsychosocial determinants and sex-related differences / C. A. Chen, S. C. Liao, J. K. Wang, [et al.] // *Heart*. – 2011. – Vol. 97(1). – P. 38–43.
10. Eaton S. L. Determinants of quality of life in adults with CHD: an Australian cohort / S. L. Eaton, Q. F. Wang, S. Menahem // *Cardiology in the Young*. – 2017. – Vol. 27(8). – P. 1–6.
11. Fteropoulli T. In good heart”: a study of the factors associated with health-related quality of life in adult congenital heart disease : thesis / T. Fteropoulli. – London, 2016. – 584 p.
12. Is the severity of congenital heart disease associated with the quality of life and perceived health of adult patients? / P. Moons, K. Van Deyk, S. De Geest, [et al.] // *Heart*. – 2005. – Vol. 91 (9). – P. 1193–1198.
13. Illness perceptions in adult congenital heart disease: A multi-center international study / J. Rassart, S. Apers, A. H. Kovacs, [et al.] // *International Journal of Cardiology*. – 2017. – Vol. 244. – P. 130–138.

REFERENCES

1. Dzhordzhikiya RK, Vagizov II, Kharitonov GI, Mukharyamov MN, Airyan PE, Muginov MA. [Peculiarities of diagnostics and surgical treatment of inherent septal defects in the case of adult patients having pulmonary hypertension]. *Meditsinskiy Almanakh*. 2017;3:22–24. (in Russian).
2. Kasjanova AU, Lebid IH. [Medical and psychological characteristics of quality of life for young adult patients with operated congenital heart disease]. *J. Clin. Exp. Med. Res.* 2014;2 Suppl 3:365–72. (in Ukrainian).
3. Kornatskiy VM, Moroz DM. [The effect of anxiety and depression on life quality of patients with cardiovascular disease]. *Bukovynskiy medychniy visnyk*. 2015;76(4):84–8. (in Ukrainian).
4. Lebid IH. [Prevalence of congenital defects of heart and large vessels in adults]. *Kardiokhirurhiia ta interventsiiina kardiolohiia*. 2017;1:6–12. (in Ukrainian).
5. Lebid IH, Rudenko NM, Sydorenko AYU, Khanenova VA, Liebid Yel, Stohova OV. [Quality of life of patients with congenital heart disease. Practical Guide]. Kyiv: UCCC; 2016. (in Ukrainian).
6. Amedro P, Basquin A, Gressin V, Clerson P, Jais X, Thambo JB, Guerin P, Cohen S, Bonnet D. Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study. *Cardiology in the Young*. 2016;26(7):1250–59.
7. Apers S, Kovacs AH, Luyckx K, Thomet C, Budts W, Enomoto J, Sluman MA. Quality of Life of Adults With Congenital Heart Disease in 15 Countries: Evaluating Country-Specific Characteristics. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67:2237–44.
8. Bay A, Dellborg M, Berghammer M, Sandberg C, Engström G, Moons P, Johansson B. Patient reported outcomes are associated with physical activity level in adults with congenital heart disease. *Int J Cardiol*. 2017;243:174–9.
9. Chen CA, Liao SC, Wang JK, Chang CI, Chiu IS, Chen YS, Lu CW, Lin MT, Chiu HH, Chiu SN, Hua YC, Lue HC, Wu MH. Quality of life in adults with congenital heart disease: biopsychosocial determinants and sex-related differences. *Heart*. 2011;97(1):38–43.
10. Eaton SL, Wang QF, Menahem S. Determinants of quality of life in adults with CHD: an Australian cohort. *Cardiology in the Young*. 2017;1:1–6.
11. Fteropoulli T. In good heart[™]: a study of the factors associated with health-related quality of life in adult congenital heart disease [dissertation]. City University London; 2016.
12. Moons P, Van Deyk K, De Geest S, Gewillig M, Budts W. Is the severity of congenital heart disease associated with the quality of life and perceived health of adult patients? *Heart*. 2005;91(9):1193–8.
13. Rassart J, Apers S, Kovacs AH, Moon P, Thomet C, Budts W. Illness perceptions in adult congenital heart disease: A multi-center international study. *International Journal of Cardiology*. 2017;244:130–8.

Стаття надійшла в редакцію 16.10.2017 р.