

ДЕПРЕССИЯ, ТРЕВОГА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЮЩЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

О.В.Евсина, С.С.Якушин

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

При изучении тревожно-депрессивных расстройств у 112 пациентов с различными формами фибрилляции предсердий установлено, что у 55,4 % пациентов имеется тревожно-депрессивное расстройство, в т.ч. у 13,4 % клинически выраженная депрессия легкой и умеренной степени тяжести (в сочетании с тревогой у 10,7% больных), субклинически выраженная депрессия у 15,2% (в сочетании с тревогой 10,7%), тревога – у 26,8%. Тревожно-депрессивные расстройства преобладают у пациентов с рецидивирующей формой фибрилляции предсердий, ухудшают клиническую картину заболевания, ведут к персистенции фибрилляции предсердий, снижают качество жизни.

Ключевые слова: качество жизни, тревога, депрессия, фибрилляция предсердий

Эпидемиология, клиника, эффективность и стоимость различных методов лечения фибрилляции предсердий (ФП) являются предметом многочисленных исследований [9,13], в тоже время мало внимания уделяется пациент-зависимым характеристикам, особенно их психологическому состоянию и качеству жизни.

Известно, что в происхождении ФП ведущую роль играют кардиальные факторы и особенно поражение миокарда предсердий при различных патологических процессах. Однако существенное значение в возникновении и прогрессировании ФП придается и экстракардиальным влияниям [7,11]. К ним относятся особенности личности, эмоциональное состояние пациента, наличие психотравмирующей ситуации (острый, хронический стресс) [1]. У некоторых больных психический фактор может оказаться решающим в патогенезе ФП, без которого ее появление невозможно; у других сами пароксизмы ФП являются стрессом, тяжелой психической травмой, что ухудшает их психическое состояние. Кроме того, они вызывают ухудшение общей и центральной гемодинамики, обуславливая такие изменения в головном мозге, которые в свою очередь приводят к патологическим церебральным влияниям на миокард, образуя своего рода «замкнутый круг». Т.о. ФП отрицательно влияет на психическое состояние пациентов, способствует развитию вторичных психовегетативных нарушений, прогрессированию аритмии [12]. Очевидно, что актуальность проблемы психосоматических расстройств, наблюдающихся у больных с ФП, определяется не только их распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика и лечение этих расстройств во многих случаях становится решающим условием эффективной терапевтической помощи [3,4]. До настоящего времени существуют единичные публикации, в которых рассматриваются ТДР у больных с ФП [6,14]. Исследования ТДР у пациентов с ФП охватывают неоднородные по возрасту (в том числе пожилых пациентов), количеству пациентов, сопутствующим заболеваниям группы, а в некоторых работах изучались лишь пациенты с пароксизмальной формой ФП [1,14].

В некоторых работах показано, что больные с ФП имеют значительно более низкое качество жизни (КЖ) по сравнению со здоровой популяцией [5,15], общей популяцией [9] и другими пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Но одновременного изучения КЖ у пациентов с ФП коморбидной с ТДР в доступной литературе мы не встретили.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ФП, их влияния на клиническую картину, прогноз и КЖ пациентов.

Материалы и методы

Проведено обследование больных ФП, находящихся на лечении в кардиологическом диспансере, и подписавших информированное согласие. Из исследования исключались пациенты с прогрессирующей стенокардией, миокардитами и перикардитами, ревматической болезнью сердца, иными тяжелыми соматическими заболеваниями. Исследование включало два этапа: этап включения (первичного обследования – при поступлении в стационар) и этап проспективного наблюдения (через 2 недели (при выписке из стационара) и через 1 год). “Карта пациента”, которую заполнял врач совместно с пациентом, содержала информацию о его основных социально-демографических и физикальных характеристиках, наличие психотравмирующих событий в течение последнего года и уровень хронического психоэмоционального стресса; регулярности приема им рекомендованной медикаментозной терапии, приеме психотропных препаратов. Все больные проходили кардиологическое обследование, при котором устанавливались формы ФП (пароксизмальная, персистирующая, перманентная), давность возникновения, частота рецидивов при рецидивирующей форме ФП.

Для оценки психического статуса пациента использовались следующие психометрические шкалы, адаптированные к применению в терапевтическом стационаре: госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, A.Zigmond, R.Snaith, 1983) – адаптированную русскую версию (А.В.Андрюшенко, М.Ю.Дробижев, А.В.Добровольский, 2003) для скрининговой диагностики, шкала депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS) для определения тяжести депрессивного эпизода и его динамики в последующем, опросник Спилберга-Ханина для определения свойств личности (тревожности). Для оценки КЖ использовался «Краткий вопросник оценки статуса здоровья» (официальная русскоязычная версия 36-Item MOS Short-Form Health Survey (MOS SF-36), для изучения влияния аритмии на повседневную жизнь больных была использована анкета «Жизнь больных с аритмиями» («ЖБА») (чем выше набранный балл по опроснику тем хуже КЖ) [5]. Для опросников использовались соответствующие ключи.

Полученные результаты обработаны с помощью пакета прикладных статистических программ (MS-Office 2007) на персональном компьютере с использованием критерия t Стьюдента. Представленные результаты представлены в виде n (%), M±δ. Этап проспективного наблюдения предусматривало 1 телефонное интервью (через 1 год) с пациентом, которое проводилось по специально разработанной “Карте проспективного наблюдения”. В нее вносились информация о динамике состояния здоровья пациента; возможных осложнениях сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркт миокарда, мозговой инсульт, динамические нарушения мозгового кровообращения; возникновении других заболеваний, посещениях медицинских учреждений и госпитализациях за период наблюдения; приеме рекомендованной по поводу ФП, АГ и/или ИБС медикаментозной терапии (комплаентность).

Результаты и их обсуждение

В исследование включено 112 больных (49 женщин, 63 мужчины, средний возраст 53,33±6,74 года). У 39 выявлена персистирующая форма ФП, у 45 – пароксизмальная, у 28 – перманентная.

По результатам шкал (HADS, MADRS): ТДР диагностировались у 62 больных (55,4%), в том числе клинически выраженная депрессия легкой и умеренной степени тяжести диагностировалась у 15 больных (13,4%), в сочетании с тревогой у 12 больных (10,7%), субклинически выраженная депрессия у 17 больных (15,2%), в сочетании с тревогой у 12 (10,7%); тревога – у 30 больных (26, 8%). Было проведено распределение на группы: группа 1(с депрессией), группа 2 (с тревогой), группа 3 (без ТДР). Результаты, представленные в таблице 1, подтверждают статистическую разницу показателей шкалы HADS в группах больных с ТДР и без ТДР.

Таблица 1

Результаты по шкалам тревоги и депрессии (этап включения)

Шкалы	Группа 1(С депрессией)	Группа 2(С тревогой)	Группа 3 (Без ТДР)
HADS (Д)	10,6±2,0*	5,3±1,5н.д.	3,5±2,03
HADS (Т)	9,7±4,2 н.д.	10,3±2,1*	3,0±2,1

*- $p < 0,01$, н.д.- $p > 0,05$

Далее было произведено сравнение групп по этиологическим, клиническим особенностям, течению ФП. Сравнимые группы не отличались по возрасту; ТДР одинаково часто встречались у мужчин и женщин.

Данные представленные в таблице 2 свидетельствуют, что с одинаковой частотой ФП развивалась на фоне ИБС или артериальной гипертонии.

Таблица 2

Клинико-демографическая характеристика групп больных

Параметры	Группа 1 С депрессией	Группа 2 С тревогой	Группа 3 Норма (без ТДР)
п, чел	32 (15 +17)	30	50
	Клинически выраженная депрессия – 15 человек (13,4 %), из них 12 ч с тревогой (10,7%); Субклиническая депрессия – 17 ч (15,2%), из них с тревогой – 12 ч (10,7%)	Клиническая тревога – 11 человек (36,7%)	
Муж/жен, чел	14/18	16/14	33/17
Возраст, годы	54,0 ±6,2	55,0 ±6,5	51,0±8,11
Форма ФП			
Перманентная	9(28,2%)	6(20%)	13(26%)

Рецидивирующая			
Пароксизмальная	15(46,8%)	8(26,7%)	22(44%)
Персистирующая	8(25%)	16(53,3%)	15(30%)
Давность ФП, годы	4,8	6,3	4,8
Число пароксизмов ФП за текущий год (каждый день до 1 раз в год)	17,0 **		5,8
Стенокардия напряжения I-III ФК	48 (77,4%)н.д.		39(78%)
Давность стенокардии, годы	5,07		4,8
Артериальная гипертония	51 (82,3%)н.д.		40(80%)
Давность АГ, годы	11,1		8,2
ХСН			
Без ХСН	3(9,4%)	4(13,3%)	13(26%)
I ФК	6(18,75%)	4(13,3%)	10(20%)
II ФК	17(53,1%)	19(63,4%)	23(46%)
III ФК	6(18,75%)	3(10%)	4(8%)
Дистанция теста 6-минутной ходьбы, м	403,47±86,17	401,8±94,7	431,2±107,6

**- $p < 0,001$, *- $p < 0,05$, н.д.- $p > 0,05$

Так, стенокардия напряжения I-III ФК была диагностирована у 77,4% больных с ТДР против 78% без ТДР, артериальная гипертония соответственно 82,3% против 80% больных соответственно. Отмечено, что с увеличением ФК ХСН (на основании теста 6-мин ходьбы) увеличивается распространенность ТДР, что согласуется с литературными данными [2], в которых также указано, что наличие депрессии само по себе утяжеляет ФК ХСН.

Анализируя ТДР в зависимости от клинического варианта ФП следует отметить, что последние преобладали у пациентов с рецидивирующей формой ФП: депрессия у 71,8% и тревога у 80% больных, что может быть обусловлено нозогенным характером данных состояний.

Также обращает на себя внимание большая частота приступов ФП в год при рецидивирующей форме ФП в сочетании с ТДР в среднем 17 против 5,8 раз в год для пациентов без ТДР.

Для решения вопроса была ли тревога у обследованных больных свойством личности или данное состояние явилось ответом психики на заболевание использовался опросник Спилберга-Ханина. По его результатам (таблица 3) уровень тревожности на момент осмотра (при поступлении в стационар) повышен (>30 баллов для каждой шкалы) у респондентов 1 и 2 группы: реактивная 32,97±9,60 в группе 1 и 32,91±9,12 в группе 2, личностная 33,64±7,62 и 34,23±8,03 соответственно, при выписке из стационара реактивная тревожность снижается у большинства пациентов с тревогой - 26,23±6,04, в отличие от личностной тревожности, являющейся чертой личности - 30,97±6,01, в то время как у пациентов 1 группы при тенденции к снижению сохраняется повышенной как реактивная, так и личностная тревожность - 30,53±8,05 и 30,91±7,41

соответственно.

Снижение баллов по шкале HADS(T) ($6,8 \pm 1,9$) и реактивной тревожности ($26,23 \pm 6,04$) в группе 2 (с тревогой) при выписке может указывать на наличие в этой группе ситуационной тревоги, как естественной реакции больного на возникновение приступа ФП и поступление в стационар.

Таблица 3

Результаты по шкалам тревоги и депрессии

Шкалы	Группа 1(С депрессией)	Группа 2(С тревогой)	Группа 3 (Без ТДР)
Реактивная тревожность	$32,97 \pm 9,60$	$32,91 \pm 9,12$	$22,27 \pm 8,04$
Личностная тревожность	$33,64 \pm 7,62^*$	$34,23 \pm 8,03^*$	$22,96 \pm 7,78$
Психосоц. стресс (баллы)	$6,8 \pm 1,94^*$	$5,53 \pm 1,78$	$4,38 \pm 1,52$
Психотравмирующие события за год (человек)	20(62,5%)**	16(53,3%)	11(22%)
Анкета «ЖБА»	$45,64 \pm 8,62^*$	$34,20 \pm 11,93$	$25,20 \pm 8,05$
Через 2 недели			
HADS (Д)	$10,06 \pm 1,77^*$	$4,33 \pm 1,92$ н.д.	-
HADS (Т)	$7,91 \pm 3,79^*$	$6,83 \pm 1,93^*$	-
Реактивная тревожность	$30,53 \pm 8,05$	$26,23 \pm 6,04$	-
Личностная тревожность	$30,91 \pm 7,41$	$30,97 \pm 6,01$	-

** - $p < 0,001$, * - $p < 0,05$, н.д. - $p > 0,05$

В то же время отсутствие динамики показателей шкал Спилберга-Ханина и по шкале HADS(Д) ($10,1 \pm 1,8$) в группе 1 (с депрессией) скорее всего, указывает на патологический характер ТДР, наличие которых требует медикаментозных и немедикаментозных мероприятий.

Как видно из таблицы 4 эхокардиографические параметры, показатели липидного спектра в изучаемых группах статистически не различаются, причем последние данные не согласуются с данными литературы, согласно которым при депрессии отмечается атерогенная дислипидемия, являющаяся одним из звеньев патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний [10]. Отсутствие атерогенной дислипидемии может объясняться назначением в стационаре и приемом пациентами статинов.

Таблица 4

Параметры УЗИ сердца и показатели липидного спектра в исследуемых группах

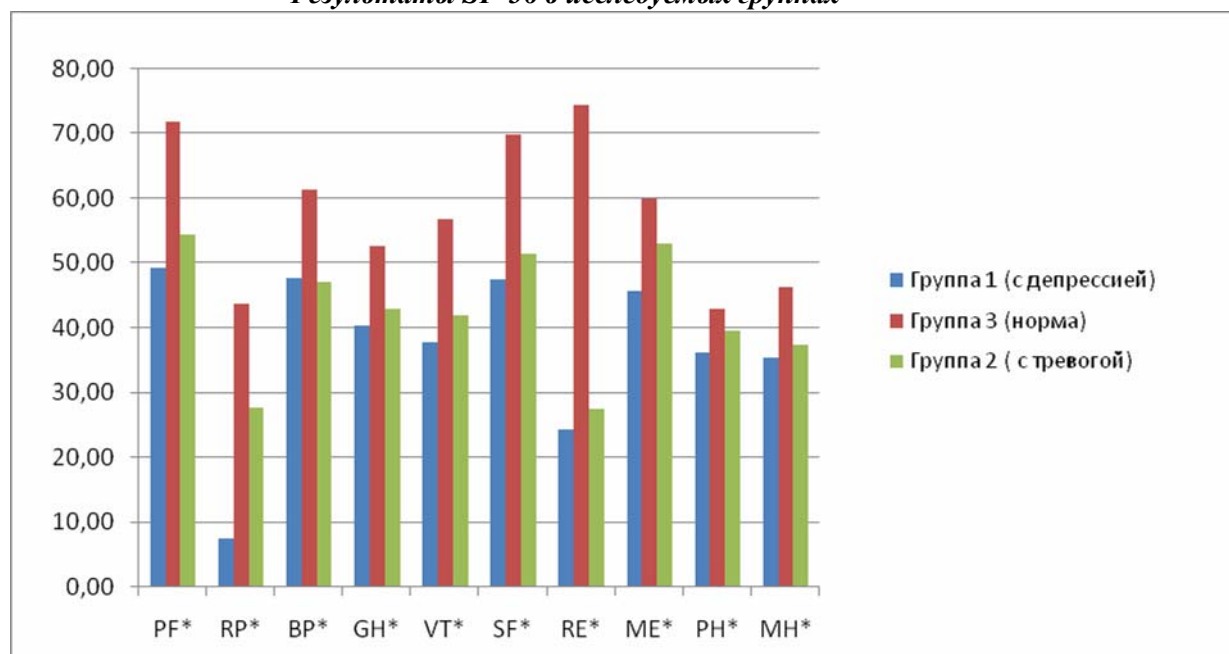
Показатели УЗИ сердца

	Группа 1(С депрессией)	Группа 2(С тревогой)	Группа 3 (Без ТДР)
ФВ, %	60,63±7,47	62,18±6,23	59,13±9,32
КДР, см	5,66±0,59	5,44±0,54	5,71±0,41
КСР, см	3,79±0,62	3,72±0,76	3,81± 0,41
ЛП, см	4,31±0,51	4,27±0,59	4,41±0,63
Биохимические показатели (липидный спектр)			
Холестерин	4,83±1,16	4,64±0,99	4,81±0,92
В-липопротеиды	34,27±13,87	37,43±13,04	34,01±14,72
ЛПВП	1,46±0,44	1,29±0,34	1,41±0,89
К атерогенности	2,59±1,06	2,79±1,08	2,93±1,24
Триглицериды	1,77±0,85	1,98±1,09	1,74±1,08

При изучении КЖ пациентов с ФП по результатам SF-36 (диаграмма 1) было установлено, что больные с ФП коморбидной с депрессией по сравнению с группой без ТДР имеют статистически значимо ($p < 0,001$) более низкие показатели по всем шкалам опросника (физическое и социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное состоянием здоровья и эмоциональным состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, психическое здоровье, т.е. имеют статистически значимые более низкие физический и психический компоненты здоровья).

Диаграмма 1

Результаты SF-36 в исследуемых группах



Примечание: PF-Физическое функционирование; RP-ролевое функционирование, обусловленное состоянием здоровья; BP-интенсивность боли; GH-общее состояние здоровья; VT-жизненная активность; SF- социальное функционирование; RE-Ролевое функционирование, обусловленное

эмоциональным состоянием; МЕ-психическое здоровье; РН-физический компонент здоровья; МН-психический компонент здоровья.

*- $p < 0,001$ при сравнении больных с депрессией и больных без ТДР, при сравнении больных с тревогой и без ТДР аналогичные данные, за искл. - RP, PH, ME - $p < 0,05$.

Больные 1 группы имеют статистически больший балл ($p < 0,001$) по болезнью-специфической анкете «ЖБА» (таблица 3) - $45,64 \pm 8,62$ по сравнению с больными 3 группы – $25,20,20 \pm 8,05$. При изучении причин снижения КЖ по данным анкеты «ЖБА» установлено, что наиболее выраженное влияние на его уровень оказывали у больных с депрессией по сравнению с больными без ТДР: 1)невольная фиксация внимания на работе сердца, ожидания приступов сердцебиения, перебоев в работе сердца; 2)появление беспокойства за свое здоровье, жизнь, судьбу; 3)дополнительные материальные расходы, связанные с лечением, приобретением лекарств; 4)необходимость ограничивать свои физические усилия, умственную работу; 5)необходимость избегать ситуаций ведущих к эмоциональному перенапряжению; 6)ухудшение сна; 7)изменение в отношении с близкими.

У пациентов с тревогой негативное влияние на КЖ в отличие от других групп оказывают также: 1)необходимость постоянно лечиться, принимать лекарства, периодически лежать в больнице; 2)необходимость ограничивать себя в любимой еде. Это может быть связано с тем, что у больных группы 2 тревога вызвана ограничением нормальной жизнедеятельности при внезапно возникшей стрессовой ситуации. Одинаково негативное влияние на КЖ во всех группах оказывают факторы, обусловленные клинической картиной аритмии: 1)сердцебиение, перебои в работе сердца; 2)приступы одышки; 3)общая слабость и быстрая утомляемость; 4)боль за грудиной и в области сердца.

Выводы

1. Тревожно-депрессивные расстройства встречаются у 55,4% пациентов с различными формами фибрилляции предсердий, в том числе клинически выраженная депрессия легкой и умеренной степени тяжести диагностировалась у 13,4% (в сочетании с тревогой у 10,7%) , субклинически выраженная депрессия у 15,2% (в сочетании с тревогой 10,7%), тревога – у 26,8%.
2. Пациенты с фибрилляцией предсердий коморбидной как с депрессией, так и с тревогой имеют достоверно более высокий уровень личностной и реактивной тревожности по сравнению с группой больных без ТДР.
3. ТДР преобладают у пациентов с рецидивирующей формой ФП: при пароксизмальной форме ФП – депрессия (46,8%), при персистирующей форме ФП – тревога (53,3%), что может быть обусловлено нозогенным характером данных состояний.
4. ТДР ухудшают клиническое течение ФП, что подтверждается значительным увеличением приступов ФП в год при рецидивирующей форме у больных с ТДР по сравнению с больными без ТДР.
5. У пациентов с ФП коморбидной с ТДР по сравнению с пациентами без ТДР установлено достоверно ($p < 0,001$) более низкое КЖ по психическому и физическому компоненту здоровья (опросник SF-36).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антюфьева В.Ф., Меньщикова И.А., Башков В.С. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии. Взаимодействие электрофизиологических и психологических аспектов / В.Ф. Антюфьева, И.А. Меньщикова, В.С. Башков // Клин.мед.. – 1990. - №8.- С.59-60.
2. Васюк Ю.А. Депрессии при хронической сердечной недостаточности ишемического генеза / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Журнал Сердечная Недостаточность.- 2006.- Т.5., №3.- С.140-147.
3. Добровольский А.В. Психотропные средства у пациентов с соматическими заболеваниями / А.В. Добровольский, М.Ю. Дробижев // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. -№7.-С.53-62.
4. Дробижев М.Ю. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / М.Ю. Дробижев, А.Ш. Тхостов, Д.В. Дроздов // Врач.-1994.-№1. - С.53-54.
5. Либис Р.А. Оценка качества жизни больных с аритмиями / Р.А. Либис, А.Б. Прокофьев, Я.И. Коц // Кардиология - 1998. - №3. - С. 49-51.
6. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий / Яковенко Т.В. и др. // Вестник аритмологии. - 2006. - Т.44. – С. 26-29.
7. Assessment of autonomic nervous activity before the onset of paroxysmal atrial fibrillation / Y. Tomoda // Psychol Rep. - 2007 . - Vol.100. - P. 1245-1254.
8. Incidence of chronic atrial fibrillation in general practice and its treatment patterns / A Ruigomez et al // J Clin Epidemiol. – 2002. – Vol.55. – P.358-363
9. Kang Y. Health related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation. / Y. Kang, R. Bahler // Eur J Cardiovasc Nurs. – 2003. - Vol.3 – P.71-76.
10. Kaplan J.R. Psychosocial factors, sex differences, and atherosclerosis lessons from animal models / J.R. Kaplan, M.K. Adams, T.B. Crarkson // Psychosom.Med. – 1996. - Vol. 58. – P.596-611.
11. Kupnovitskaia I.G. Autonomic status and neurohumoral regulation in patients with refractory tachyarrhythmia / I.G. Kupnovitskaia, V.A. Bobrov, V.N. Zalevskii // Lik Sprava. – 1996. – Vol. 1-2. – P.53-6.
12. Le Heuzey J.Y. Mechanisms of atrial fibrillation: recent advances / J.Y. Le Heuzey // Arch Mal Coeur Vaiss. - 1994. - Vol.3. - P. 41-50.
13. Recent developments in atrial fibrillation / I.M. Bilal et al. // BMJ. – 2005. – Vol.330 – P.238-243.
14. Suzuki S. The influences of psychosocial aspects and anxiety symptoms on quality of life of patients with arrhythmia: investigation in paroxysmal atrial fibrillation / S. Suzuki, H. Kasanuki // Int J Behav Med. - 2004. - Vol. 11.-№2 – P. 104-109.
15. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for assessment of investigational therapy / P Dorian et al // J Am Coll Cardiol. – 2000. - Vol.36.-P.1303-1309.

DEPRESSIONS, ANXIETY AND QUALITY OF LIFE AT PATIENTS WITH FIBRILLATION OF AURICLES

O.V.Evsina, S.S.Jakushin

In study anxiety and depression in 112 patients with different types of atrial fibrillation determined that 55,4 % patients have this condition, including 13,4 % mild and moderate depression (in aggregate with anxiety – 10,7%), subclinical depression – 15,2% (in aggregate with anxiety – 10,7%), anxiety – 26,8%. This condition dominates in patients with persistent atrial fibrillation, makes worse clinical history of the disease, leads to recurrence attack, reduces quality of life.