

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Федеральное государственное управление главного бюро медико-социальной экспертизы по Новосибирской области, Новосибирский государственный медицинский университет

С целью изучения частоты тревожной и депрессивной симптоматики у больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда, без нарушений сердечного ритма и осложненный постоянной или пароксизмальной фибрилляцией предсердий обследовано 177 больных (из них 117 мужчин - 66,1%) в возрасте от 46 до 65 лет (средний возраст $54,6 \pm 10,5$ года).

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, качество жизни, депрессия, тревога

To study the prevalence of signs of anxiety and depression in patients after Q wave myocardial infarction without cardiac arrhythmias and those with paroxysmal or chronic atrial fibrillation, 177 patients (117 men, 66.1%) aged 46 65 years (mean 54.6 ± 10.5 years) were examined.

Key words: coronary artery disease, myocardial infarction, atrial fibrillation, quality of life, depression, anxiety.

Если выживаемость или интервал времени без прогрессирования заболевания относительно просто оценить, то измерение качества жизни (КЖ) представляет более сложный процесс с большим количеством признаков, прежде всего потому, что эта область исследования мало знакома большинству клинических врачей [3, 8].

Эпидемиологические данные последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных, тревожных расстройств в общемедицинской и кардиологической практике. Взаимосвязь стресса, тревоги и депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями давно известна исследователям, но лишь в последние годы эта связь начала подтверждаться с позиций доказательной медицины, где указывается на то, что подобные расстройства являются одной из причин значительного ухудшения КЖ больных, снижают приверженность пациентов к лечению, влияют на их работо- и трудоспособность [1, 2, 9].

В ряде проспективных исследований было установлено, что у лиц с признаками депрессии в последующем чаще развивается ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт и внезапная сердечная смерть, причем, предиктором таковых является не только клинически выраженная (так называемая «большая» депрессия), но и маловыраженная депрессивная симптоматика [9]. С одной стороны, ИБС, в том числе ИМ, могут стать психотравмирующим фактором, провоцирующим депрессию, с другой стороны, тревожное состояние и депрессия ассоциируются с рецидивирующими, продолжительными приступами стенокардии, нарушениями сердечного ритма, высокой частотой коронарных событий [7].

Исследования, посвященные качеству жизни больных с пароксизмальной или постоянной формами фибрилляцией предсердий (ФП), не многочисленны. В последних рекомендациях ESC/ACC/AHA (2006) по ведению больных с ФП подчеркивается, что у боль-

ных с подобным нарушением ритма КЖ значительно ухудшается по сравнению с пациентами того же возраста [10]. Большинство больных с пароксизмальной ФП отмечали, что аритмия оказывает влияние на образ жизни, хотя их ощущения не зависели от частоты или длительности клинически явных эпизодов аритмии [11]. Несомненно, устойчивый синусовый ритм сопровождается улучшением КЖ, хотя этот эффект был подтвержден не во всех исследованиях [13]. В частности, контроль ритма в исследованиях PIAF и HOT SAFE [12] обеспечивал улучшение толерантности к физической нагрузке по сравнению с таковой на фоне контроля ЧСС, однако это не привело к улучшению КЖ.

У больных с одинаковым состоянием здоровья, КЖ может быть совершенно разным, поэтому лечение следует подбирать индивидуально с учетом характера, выраженности и частоты симптомов, не только кардиальных, но и психосоматических, предпочтения больного, сопутствующих заболеваний и ответа на лечение, что и определяет актуальность проблемы.

Целью исследования явилось изучение частоты тревожной и депрессивной симптоматики у больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда, без нарушений сердечного ритма и осложненный постоянной или пароксизмальной фибрилляцией предсердий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 177 больных в возрасте от 46 до 65 лет (средний возраст $54,6 \pm 10,5$ года), перенесших Q-позитивный ИМ, из них 117 мужчин (66,1%) и 60 (33,9%) женщин. Все пациенты в зависимости от отсутствия или наличия пароксизмальной или постоянной форм ФП, были разделены на три группы. В 1-ую группу вошел 61 больной с Q-позитивным ИМ без нарушения ритма, 2-ая группа представлена 59 пациентами, у которых имела место пароксизмальная форма ФП (длительность не превышала 7-ми дней) и 3-я группа включала 57 больных с постоянной формой ФП.

У всех больных имела место артериальная гипертензия (АГ): I степени у 6 больных (3,4%), II степени - у 38 (21,5%) и III степени - у 133 пациентов, что составило 75,1%. Признаки сердечной недостаточности (по NYHA) имели все пациенты, из них 16 пациентов - I функционального класса (ФК), что составило 9,0%, 133 пациента - II ФК (75,1%) и 28 больных - III ФК (15,9%).

Лечение ИБС, АГ и клинических проявлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) включало назначение «традиционных» препаратов: дезагрегантов, тиазидоподобных диуретиков, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, антагонистов альдостерона, петлевых диуретиков и, по показаниям, статинов, сердечных гликозидов, антиаритмических препаратов у пациентов с пароксизмальной и постоянной формами ФП.

Для оценки психического функционирования использовалась субъективная шкала HDRS, разработанная A.S.Zigmond и R.P.Snait (1983) [14]. Шкала предназначена для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики, обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Анкета-опросник заполнялась самим больным, либо методом интервьюирования.

Статистический анализ проводился на персональном компьютере PC Pentium III-700 с использованием стандартных компьютерных программ MS Excel 2002 и SPSS 11.5 с представлением данных в виде средней величины и ее стандартного отклонения ($M \pm m$) и парного теста Стьюдента. Критерием статистической достоверности считали уровень $p < 0,05$.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценивая психическое здоровье по анкетам-опросникам, нами отмечено, что наиболее яркими показателями «психического нездоровья» являлись уровень клинической тревоги и депрессии. Проявления тревоги выявлены у 38 пациентов 1-ой группы (62,3%), у 41 пациента 2-ой группы (69,5%) и у 49 больных (85,96%) 3-ей группы. Депрессивная симптоматика отмечалась чаще в группах, имеющих пароксизмальную или постоянную формы ФП: у 48 пациентов (81,4%) 2-ой группы и 51 (89,5%) 3-ей группы, тогда как таковая была выявлена у 43 больных в 1-ой группе, что составило 70,5%. Отсутствие тревожного и/или депрессивного состояний (так называемая «норма тревоги и депрессии») отмечено у 11 больных 1-ой группы (18%), у 6 (10,2%) во 2-ой и 3 пациентов (5,3%) в 3-ей группе, то есть в меньшей степени у пациентов с постоянной формой ФП.

С нашей точки зрения, является важным выделение пациентов по наличию клинического и субклинического уровня тревоги и депрессии. Если субклинические проявления тревожно-депрессивного синдрома можно оценить по конкретным жалобам больных, что является

субъективным признаком, то клинические тревога и депрессия способствуют развитию определенных проявлений, объективно определяемых и напрямую влияющих на соматическое состояние больного, что представлено в табл. 1.

Клинический уровень тревоги был выявлен у 15 пациентов (36,6%) 2-ой группы (средний балл составил $13,2 \pm 1,33$), у 26 больных (63,4%) в 3-ей группе со средним баллом $12,9 \pm 1,24$, что было достоверно выше, чем у 14 пациентов 1-ой группы (36,8%), не имеющих нарушений сердечного ритма ($12,4 \pm 1,23$ баллов) ($p < 0,05$). Субклинический вариант тревоги имел место у 26 (63,4%) пациентов 2-ой группы (средний балл $9,1 \pm 1,15$), у 17 (34,7%) больных 3-ей группы (средний балл $9,21 \pm 1,13$), что также было достоверно выше ($p < 0,05$), чем у 24 больных (39,3%) 1-ой группы (средний балл $8,5 \pm 1,12$).

Депрессии представлены как состояниями субклинического уровня, с незначительно выраженным снижением настроения и тревожными опасениями, так и очерченными психопатологическими образованиями. Уровень клинической депрессии в 1-ой группе наблюдался у 16 (37,2%) из 43 пациентов (в среднем $12,5 \pm 1,24$ баллов), субклинической депрессии - у 27 (62,8%) больных (в среднем $8,1 \pm 1,15$ баллов), тогда как во 2-ой группе симптомы клинической депрессии отмечены у 18 (37,5%) из 48 больных (в среднем $13,7 \pm 1,31$ баллов), субклинической депрессии у 30 (62,5%) (в среднем $9,0 \pm 1,15$ баллов). В 3-ей группе клиническая депрессия выявлена у 32 (62,7%) из 51 пациента (в среднем $13,9 \pm 1,32$ баллов), субклиническая - у 19 (37,3%) пациентов (средний балл $9,5 \pm 1,13$), что было достоверно выше, чем у больных не имеющих нарушений сердечного ритма ($p < 0,05$).

Таким образом, у 23,3% больных с наличием пароксизмальной и у 28,4% больных с постоянной формами ФП имеет место усиление уровня клинической тревоги на 8,3%, депрессии на 9,7% по сравнению с больными, не имеющими нарушений сердечного ритма, что согласуется с мнением других авторов, указывающих на тот факт, что наличие тревоги и депрессии является неблагоприятным в прогностическом плане фактором у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [5, 6]. Анализ психологического статуса больных ИБС показал, что смертность после ИМ на

Таблица 1.

Исходные варианты уровней тревоги и депрессии у пациентов исследуемых групп ($M \pm m$)

Показатель (баллы)	1 группа (n=61)	2 группа (n=59)	3 группа (n=57)
Клинический уровень тревоги	$12,4 \pm 1,23$	$13,2 \pm 1,33^*$	$12,9 \pm 1,24$
Субклинический уровень тревоги	$8,5 \pm 1,12$	$9,1 \pm 1,15^*$	$9,21 \pm 1,13^*$
Клинический уровень депрессии	$12,5 \pm 1,22$	$13,8 \pm 1,28^*$	$13,9 \pm 1,33^*$
Субклинический уровень депрессии	$8,1 \pm 1,15$	$9,0 \pm 1,15^*$	$9,5 \pm 1,13^*$

где, * - $p < 0,05$

Таблица 2.

Частота встречаемости тревожно-депрессивных симптомов у пациентов исследуемых групп

	1 группа (n=61)	2 группа (n=59)	3 группа (n=57)
Проявления тревоги	38 (62,3%)	41 (69,5%)	49 (85,96%)
Проявление депрессии	43 (70,5%)	48 (81,4 %)	51 (89,5 %)
Чувство напряженности, страха, внезапной паники, беспокойные мысли	26 (42,6%)	37 (62,7%)	49 (85,9%)
Отсутствие бодрости, невозможность расслабиться	55 (90,2%)	46 (77,97%)	51 (89,5%)
Отсутствие удовольствия от прежних развлечений	20 (32,8%)	26 (44,1%)	34 (59,6%)
Неспособность адекватно реагировать на какие-либо события и обстоятельства	28 (45,9%)	24 (40,7%)	38 (66,7%)
Снижение личностных качеств	24 (39,3%)	34 (57,6%)	36 (63,2%)
Отсутствие тревоги и депрессии	11 (18,0%)	6 (10,2%)	3 (5,3%)

фоне депрессии составляет от 17,1% до 20%, тогда как смертность больных от ИМ, не имеющих депрессии - около 3% [7].

На наш взгляд, важно не только установить диагноз тревожного или депрессивного расстройства, но и максимально полно выявить все психопатологические симптомы у каждого конкретного больного, поэтому мы попытались оценить частоту встречаемости проявлений, касающихся тревожно-депрессивных состояний, что представлено в табл. 2.

Нами отмечено, что у 49 пациентов (85,9%) с постоянной формой ФП на фоне перенесенного ИМ был наиболее выражен такой соматический симптом, как «чувство напряженности, страха, внезапной паники, беспокойные мысли», что составило $7,7 \pm 1,1$ баллов в сравнении с больными 1-ой и 2-ой групп - у 26 (42,6%) пациентов ($7,52 \pm 1,1$ баллов) ($p < 0,05$) и у 37 (62,7%) пациентов ($5,8 \pm 0,62$ баллов) ($p < 0,01$), соответственно. К сожалению, эти расстройства часто остаются не диагностированными, в первую очередь из-за того, что врачи общей практики не обращают должного внимания на приступы паники, наблюдавшиеся у больного. Получено достоверное различие между исследуемыми группами по такому вопросу, как «отсутствие бодрости, невозможности расслабиться» ($4,0 \pm 0,81$, $4,6 \pm 0,82$

и $5,4 \pm 0,51$ баллов, соответственно) ($p < 0,05$), подчеркивающего то, что пациенты с пароксизмальной формой ФП «ожидают» приступ тахикардии в любой промежуток времени, тогда как больные с постоянной формой «неотступно ощущают, чувствуют неритмичное сердцебиение» и, в конечном итоге, не могут вести обычный образ жизни.

«Отсутствие удовольствия от прежних развлечений», как отражение снижения эмоционального благополучия, особенно выражено у пациентов 2-ой и 3-ей групп - у 26 (44,1%) и у 34 (59,6%) против 20 (32,8%) больных 1-ой группы, соответственно. Наличие беспокойных мыслей, невозможность расслабиться создают постоянный тревожный фон, который является неблагоприятным моментом для течения заболевания, что выявлено у большинства пациентов всех групп.

Тревожно-депрессивные состояния чаще отмечались у женщин (в 91,5% случаев), чем у мужчин (в 69,2%

случаев), что согласуется с мнением авторов, указывающих на то, что большая распространенность депрессий у женщин обусловлена лучшей их выявляемостью, при которой на первый план выступают жалобы соматического характера, по поводу чего пациентки обращаются к врачам общей практики [4]. Кроме того, по мнению исследователей, женщины в меньшей степени скрывают свои эмоциональные проблемы от врачей, так как эти проблемы нарушают семейную и социальную адаптацию, тогда как депрессия у мужчин часто маскируется агрессией, увлечением экстремальными видами спорта, азартными играми, уходом с головой в работу. Тем самым лица мужского пола пытаются возбудить в себе утраченный интерес к жизни и способность к получению удовлетворения и удовольствия [6].

Нами отмечено, что уровни тревоги и депрессии коррелировали с ФК ХСН, которая диагностирована у 55 больных (90,2%) 1-ой группы, у 44 пациентов (74,6%) 2-ой группы и 52 пациентов (91,2%) 3-ей группы, что представлено в табл. 3. Из таблицы видно, что уровень тревоги был достоверно выше во всех группах больных, имеющих III ФК ХСН: в 1-ой группе, при наличии II ФК ХСН у 46 больных, уровень тревоги составил $12,4 \pm 1,21$ баллов, тогда как при III ФК

Таблица 3.

Сравнительная характеристика уровня тревоги и депрессии в исследуемых группах в зависимости от ФК сердечной недостаточности ($M \pm m$)

Показатель (баллы)	II ФК ХСН (NYHA)			III ФК ХСН (NYHA)		
	1 группа (n=46)	2 группа (n=45)	3 группа (n=42)	1 группа (n=9)	2 группа (n=9)	3 группа (n=10)
Уровень тревоги	$12,4 \pm 1,21$	$12,1 \pm 1,14$	$12,3 \pm 1,12$	$13,2 \pm 1,08^*$	$14,3 \pm 1,15^{**}$	$14,1 \pm 1,11^{**}$
Уровень депрессии	$12,1 \pm 1,12$	$12,0 \pm 1,12$	$12,3 \pm 1,07$	$13,8 \pm 1,22^*$	$14,7 \pm 1,16^{**}$	$14,8 \pm 1,12^{**}$

где, * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

ХСН (9 пациентов) - $13,2 \pm 1,08$ баллов ($p < 0,05$), во 2-ой группе у 45 больных со II ФК средний балл составил $12,1 \pm 1,14$, а при наличии III ФК у девяти пациентов - $14,3 \pm 1,15$ баллов ($p < 0,01$). В 3-ей группе у 42 пациентов со II ФК ХСН средний балл составил $12,3 \pm 1,12$, при III ФК (10 больных) - $14,1 \pm 1,11$ баллов ($p < 0,01$). Подобная закономерность отмечена нами и в уровнях депрессивных расстройств при увеличении ФК ХСН: в среднем $12,1 \pm 1,12$ против $13,8 \pm 1,22$ баллов у больных 1-ой группы ($p < 0,05$), $12,0 \pm 1,12$ против $14,7 \pm 1,16$ баллов у больных, имеющих пароксизмальную форму ФП ($p < 0,01$) и $12,3 \pm 1,07$ баллов против $14,8 \pm 1,12$ ($p < 0,01$) в 3-ей группе больных.

Таким образом, увеличение ФК ХСН у больных с Q-позитивным ИМ, имеющих нарушения ритма пароксизмального или постоянного характера, приводит к нарастанию уровня тревоги на 18,2% и уровня депрессии на 20,9% по сравнению с больными без аритмии. Подобные изменения согласуются с мнением А.Б.Смулевича, указывающего на то, что нарастание признаков ХСН на фоне ИБС способствует усилению кардионевротических расстройств, что нередко приводит к формированию синдрома да Коста (кардиалгии, нарушения сердечного ритма, колебания артериального давления), проявления которого усложняют картину ИБС, а в некоторых случаях дублируют симптомокомплексы ангинозного приступа [7]. По мнению автора, у таких пациентов довольно часто обнаруживается сопряженность соматизированных кардионевротических проявлений (невротическая ипохондрия) с тревожными опасениями, страхами ипохондрического содержания и паническими атаками.

У пациентов с пароксизмальной формой ФП имели место три основных периода динамики психического состояния: период выраженной астенизации (первые 3-е суток после эпизода ФП), который отмечен у 50 больных (84,7%), неврозоподобный (до

2 недель) - у 31 пациента (52,5%), период обратного развития неврозоподобных состояний - у 13 (22,03%). Неврозоподобный этап характеризовался синдромом раздражительной слабости, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью, «ожиданием пароксизма ФП», ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях, нарушениями сна, снижением аппетита, что потребовало назначения антидепрессантов.

Таким образом, на фоне перенесенного Q-позитивного ИМ у 72,3% пациентов имеют место тревожные и у 80,2% депрессивные расстройства, и значительный вклад в клиническую симптоматику вносит имеющаяся ФП, в результате чего происходит дезорганизация психической деятельности, характеризующаяся невротическими моделями поведения, высоким внутренним напряжением, что, в свою очередь, ведет к снижению КЖ больных.

ВЫВОДЫ

1. У больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда, клинически значимая тревожная симптоматика диагностируется в 31,1%, депрессивная - в 48% случаев, причем уровень тревоги и депрессии более выражен у больных, имеющих нарушения сердечного ритма в виде пароксизмальной или постоянной форм фибрилляции предсердий.
2. Клинические проявления тревоги и депрессии чаще встречаются у женщин (91,5%), чем у мужчин (69,5%), что нередко приводит к длительному и хроническому течению неврозоподобной симптоматики.
3. Функциональный класс хронической сердечной недостаточности у пациентов с Q-позитивным инфарктом миокарда, имеющих нарушения сердечного ритма пароксизмального или постоянного характера, приводит к нарастанию уровня тревоги на 18,2% и депрессии на 20,9% по сравнению с больными без тахикардии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева Т.И. Психологическая реабилитация инвалидов, больных ишемической болезнью сердца // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2001. - № 3. - С. 13-17.
2. Гоштаутас А., Шинкарева Л., Густайнене Л. И др. Эффективность мероприятий по ранней психологической реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. - 2004. - № 7. - С. 35-39.
3. Козлова С.Н., Семернин Е.Н. Влияние иАПФ на качество жизни и клинические показатели больных хронической сердечной недостаточностью. // Качественная клиническая практика. - 2002. - № 2. - С. 34-39.
4. Крылов А.А., Крылова Г.С. Аритмии и нарушения проводимости сердца с позиций психосоматики и психотерапии // Клиническая медицина. - 2001. - № 2. - С. 47-49.
5. Погосова Г.В. Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология 2002. - № 4. - С. 86-91.
6. Погосова Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка // Кардиология. - 2007. - № 2. - С. 65-72.
7. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях: М.: Медицинское информационное агентство. - М. - 2003. - С. 131-136.
8. Семернин Е.Н., Шляхто Е.В., Козлова С.Н., Мирошенков П.В., Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика // Качественная клиническая практика. - 2001. - № 2. - С. 48-52.
9. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования // Кардиология. - 2007. - №. - С. 28-37.
10. ESC/ACC/AHA (2006) Рекомендации по ведению больных с фибрилляцией предсердий // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2007. - № 2. - С. 15-17
11. Hamer M.E., Blumenthal J.A., McCarthy E.A., et. al. Quality-of-life assessment in patients with paroxysmal atrial fibrillation or paroxysmal supraventricular tachycardia. // Am J Cardiol. - 1994. - Vol. 74. - P. 826-29.
12. Opolski G., Torbicki A., Kosior D.A. et. al. Rate control

vs. rhythm control in patients with nonvalvular persistent atrial fibrillations: the results of the Polish How to Treat Chronic Atrial Fibrillation (HOT CAFE) Study // *Chest*. - 2004. - Vol. 126. - P. 476-86.

13. Singh BN., Singh SN., Read DJ. et. al. Amiodarone

versus sotalol for atrial fibrillations // *N Engl J Med*. - 2005. - Vol. 352. - P. 1861-72.

14. Zigmond A.S., Snait R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr Scand*. - 1983. - Vol 67. - P. 361-370.

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

О.Н.Скурихина, О.Н.Миллер

С целью изучения частоты тревожной и депрессивной симптоматики у больных, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда (ИМ), без нарушений сердечного ритма и осложненный постоянной или пароксизмальной фибрилляцией (ФП) предсердий обследованы 177 больных (117 мужчин, 66,1%) в возрасте от 46 до 65 лет (средний возраст $54,6 \pm 10,5$ года), которые были разделены на группы: 1-ая группа без нарушения ритма (61 больной), 2-ая группа с пароксизмальной формой ФП (59 пациентов) и 3-я группа с постоянной формой ФП (57 больных). У всех больных имела место артериальная гипертензия: I степени у 6 больных (3,4%), II степени - у 38 (21,5%) и III степени - у 133 пациентов (75,1%). Признаки сердечной недостаточности (по NYHA) имели все пациенты, из них 16 (9,0%) - I функционального класса (ФК), 133 (75,1%) - II ФК и 28 (15,9%) - III ФК. Для оценки психического функционирования использовали субъективную шкалу HDRS, разработанную A.S.Zigmond и R.P.Snait (1983). Проявления тревоги выявлены у 38 пациентов (62,3%) 1-ой группы, у 41 (69,5%) - 2-ой и у 49 (85,96%) - 3-ей. Депрессивная симптоматика отмечалась у 43 больных (70,5%) 1-ой группы, у 48 пациентов (81,4%) 2-ой и 51 (89,5%) - 3-ей. У 23,3% больных с наличием пароксизмальной и у 28,4% больных с постоянной формами ФП имеет место усиление уровня клинической тревоги на 8,3%, депрессии на 9,7% по сравнению с больными, не имеющими нарушений сердечного ритма. Таким образом у больных, перенесших ИМ, клинически значимая тревожная симптоматика диагностируется в 31,1%, депрессивная - в 48% случаев, причем уровень тревоги и депрессии более выражен у больных, имеющих пароксизмальную или постоянную форму ФП. Клинические проявления тревоги и депрессии чаще встречаются у женщин (91,5%), чем у мужчин (69,5%), что нередко приводит к длительному и хроническому течению невротоподобной симптоматики. Увеличение функционального класса хронической сердечной недостаточности у пациентов, перенесших с Q-позитивным ИМ, имеющих нарушения сердечного ритма пароксизмального или постоянного характера, приводит к большему нарастанию уровня тревоги и депрессии, чем у больных без тахикардии.

LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH PAROXYSMAL AND CHRONIC ATRIAL FIBRILLATION

O.N. Skurikhina, O.N. Miller

To study the prevalence of signs of anxiety and depression in patients after Q wave myocardial infarction without cardiac arrhythmias and those with both paroxysmal and chronic atrial fibrillation, 177 patients (117 men, 66.1%) aged 46-65 years (mean 54.6 ± 10.5 years) were examined. All patients were distributed into three following groups: Group I consisted of arrhythmia-free patients (n=61), Group II consisted of patients with paroxysmal atrial fibrillation (n=59), and Group III consisted of patients with chronic atrial fibrillation (n=57). All patients had arterial hypertension of either grade I (6 patients, 3.4%), grade II (38 patients, 21.5%), or grade III (133 patients, 75.1%). The signs of chronic heart failure (NYHA classification) were found in all patients, as follows: Class I in 16 patients (9.0%), Class II in 133 patients (75.1%), and Class III in 28 ones (15.9%). To evaluate psychic functioning, the subjective scale HDRS developed by A.S. Zigmond and R.P. Snait in 1983 was used. Signs of anxiety were observed in 38 patients of Group I (62.3%), 41 patients of Group II (69.5%), and 49 patients of Group III (85.96%). Signs of depression were revealed in 43 patients of Group I (70.5%), 48 patients of Group II (81.4%), and 51 patients of Group III (89.5%). In 23.3% of the patients with paroxysmal atrial fibrillation and 28.4% of the patients with chronic one, increased levels of clinical anxiety and depression by 8.3% and 9.7%, respectively, were found as compared to the arrhythmia-free patients.

Thus, in the patients after myocardial infarction, clinically significant anxiety and depression are observed in 31.1% and 48% of cases, respectively; the clinical significance of both anxiety and depression are more pronounced in the patients with paroxysmal or chronic atrial fibrillation. Signs of anxiety and depression were detected in women (91.5%) rather than in men (69.5%) and could easily lead to persistence of neurosis like symptoms. An increase in the severity of chronic heart failure in the patients after Q wave myocardial infarction accompanied by paroxysmal or chronic cardiac arrhythmias is associated with a more pronounced deterioration of anxiety and depression, as opposed to the patients without tachyarrhythmias.