

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Установлена выраженность аффективной патологии у больных с аритмиями в зависимости от вида нарушения ритма сердца и этиологии. Обследовано 223 пациента с различными нарушениями ритма сердца на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), миокардитического кардиосклероза, миокардиодистрофии. Диагностика депрессии проводилась по шкале BDI, CES-D. Тревожность оценивалась по шкале Спилберга. Наиболее подвержены тревожно-депрессивным расстройствам больные с имплантированным кардиостимулятором и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

Сердечно-сосудистые заболевания и депрессивные расстройства являются одними из наиболее распространенных болезней в мире (ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001).

Эпидемиологическое исследование «КОМПАС», свидетельствует о том, что примерно 70% населения России живет в условиях хронического стресса высокого и среднего уровня, притом наблюдается тенденция к нарастанию уровня стресса у населения, способствующего развитию психогенных расстройств, в том числе депрессивных [10]

Результаты клинико-эпидемиологического исследования «КОМПАС» по изучению депрессий в общесоматической практике, проведенного в 2002-2003 гг. в 35 городах России, показали, что депрессивные расстройства имеются в среднем у 45,9% обследованных [8, 9, 11]. Ряд авторов установили зависимость течения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) от выраженности депрессии и тревоги, и показали, что расстройства в психоэмоциональной сфере увеличивают риск развития ишемической болезни сердца, летальность больных с инфарктом миокарда (ИМ) особенно при сопутствующих нарушениях ритма сердца [1, 2, 4]

Показано, что аффективные расстройства являются независимым фактором развития нарушений ритма сердца и ухудшают прогноз больных [7]. В настоящее время повсеместно происходит нарастание частоты нарушений ритма сердца, что зависит от нескольких основных факторов: высокой заболеваемости ИБС, частоты психоэмоциональных стрессов, характерных для динамической жизни человека в современном обществе, распространенности депрессии и тревоги [12].

Имеются немногочисленные публикации о наличии психоэмоциональных расстройств у больных с нарушениями сердечного ритма. Целью настоящего исследования было определить степень выраженности аффективной патологии у больных с нарушениями ритма сердца различной этиологии.

Методы и материалы

В исследование включены 223 больных с различными нарушениями ритма сердца, на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), миокардитического кардиосклероза, миокардиодистрофии, из них 115 женщин в возрасте 20 до 65, средний возраст составил $50,9 \pm 0,89$ и 108 мужчины в возрасте от 20 до 65, средний возраст составил $49,77 \pm 1,05$.

В исследование не включались больные старше 65 лет, имеющие в анамнезе психические заболевания и сопутствующие заболевания, влияющие на трофоморфологический статус больных.

Все больные в зависимости от этиологии нарушений ритма сердца были разделены на 4 группы: пациенты с ИБС стенокардией 1-11 функциональный класс, ИБС стенокардией 111-IV функциональный класс, миокардиосклерозом, миокардиодистрофией. В зависимости от вида нарушения ритма сердца, пациенты были разделены на 4 группы – пароксизмальная мерцательная аритмия, постоянная фибрилляция предсердий, экстрасистолия, имплантированный ЭКС (по – поводу синдрома слабости синусового узла).

Группу сравнения (контрольную) составили больные ИБС без нарушений сердечного ритма сердца в количестве 25 человек рандомизированные по полу, возрасту, фун-

кциональному классу стенокардии и перенесенным инфарктам миокарда в анамнезе, которая была сформирована в целях уточнения влияния нарушений ритма на выраженность депрессии и тревоги.

Клиническая характеристика обследованных больных представлена в таблице №1.

Все больные были обследованы с помощью клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования, входящих в диагностические стандарты для пациентов кардиологического отделения.

Диагностика депрессии проводилась по шкале депрессии BDI, позволяющей оценить степень тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов его со-

ставляющих, и шкале самооценки CES-D. Для оценки тревожности использовалась шкала тревожности Спилберга Ч.Д., Ханина Ю.Л.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы Medstatistika 5,0. Достоверность различий оценивали с помощью критерия t Стьюдента. Достоверным считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

При анализе результатов выраженности депрессивных расстройств, в зависимости от этиологии сердечных аритмий, достоверного различия не получено ни по одной из методик обследования в пределах вида на-

Таблица 1. Распределение больных с сердечными аритмиями по основному заболеванию и виду аритмии.

	ПМА	ПОМА	ЭКСТР	ЭКС	всего
ИБС стенокардия 1-11 фк. кл	42	6	8	8	66
ИБС стенокардия 111- фк. класс	18	13	6	7	46
Миокардитический кардиосклероз	16	6	6	6	33
Миокардиодистрофия	22	10	11	10	53

Примечание: здесь и в таблице №2,3: ПМА – пароксизмальная мерцательная аритмия, ПОМА – постоянная форма фибрилляции предсердий, ЭКСТР– экстрасистолия, ЭКС – имплантированный электрокардиостимулятор.

Таблица 2. Выраженность депрессии по шкалам CES-D и BDI в пределах аритмии одной этиологии.

	шкалы	ПМА	ПОМА	ЭКСТР	ЭКС
ИБС стенокардия 1-11 фк. класс	CESD	10,1±2,6	1,0± 6,0	–	24,5±1,6*
	BDI	24,5±1,9	14,3±6,5	20,6±2,8	32,0 ± 4,5
ИБС Стенокардия 111-IV фк. класс	CESD	14,25±4,3	18,75±1,9	–	18,3±0,88
	BDI	16,75±3.2	21,2± 2,7	–	25,0 ± 5,3
Миокардитический кардиосклероз	CESD	12,2± 5,1	–	8,5± 6,5	–
	BDI	20,0± 1,7	15,0± 2,6	25,25±5	–
миокардиодистрофия	CESD	15,7±3,19	–	8,5 ± 6,5	–
	BDI	11,4 ±1,9	19,5±2,68	21,0± 3,5	–

* $p < 0,05$ по сравнению с группой больных ИБС стенокардией 111-IV фк. кл. имплантированным ЭКС по шкале CES-D.

Таблица 3. Выраженность тревожно– депрессивных расстройств в зависимости от вида аритмии.

шкалы	ПМА(1)	ПОМА(2)	ЭКСТР(3)	ЭКС(4)	P
CES-D	21,9±1,2	16,6±2,8	31,0±1,6	29,0±2,6	p3-1<0,05 p4-2<0,05 p4-3<0,05
BDI	13,6±1,9	15,8±1,8	5,5±,17	21,8±1,5	P4-1<0,05 P4-2<0,05 P4-3<0,05
Реактив.	32,6±0,8	31,3±2,16	28,7±,1,2	37±3,8	P1-3<0,05 P4-3<0,05
Личност.	40,5±1,19	46,1±3,4	41,25±1,1	49,7±3,8	P4-3<0,05

Примечание: реакт. – реактивная тревога, личност.-личностная тревога.

рушений ритма сердца, за исключением преобладания депрессии у больных с стабильной стенокардией напряжения 1-11 функционального класса. Данные результатов представлены в таблице №2.

Для дальнейшего исследования все больные были объединены в 4 группы по виду аритмии, подтверждением оправданности такого объединения явилось отсутствие существенных различий в выраженности депрессии по этиологии заболевания.

При проведении анализа выраженности депрессии, в зависимости от вида аритмии, установлено, что депрессия достоверно преобладала в группе больных с экстрасистолией по отношению к пароксизмальной мерцательной аритмии (табл. №3).

Несколько неожиданными оказались результаты сравнения реактивной тревоги от вида аритмии. Согласно полученным данным настоящего исследования, реактивная тревога достоверно преобладала в группе пароксизмальной мерцательной аритмии по отношению к группе экстрасистолии. Сравнительная оценка аффективной патологии между видами аритмий показала статистически достоверное преобладание депрессии и реактивной тревоги в группе больных с имплантированным ЭКС по отношению к группам больных с пароксизмальной и постоянной формой фибрилляции предсердий, а также группе больных с экстрасистолией. Закономерным оказался и факт преобладания личностной тревоги у больных с имплантированным электрокардиосимулятором по отношению к группе больных экстрасистолией.

Следующим этапом нашей работы было проведение сравнительного анализа с контрольной группой.

Результаты проведенного статистического анализа депрессии у больных различными аритмиями с контрольной группе можно увидеть на рис.№1.

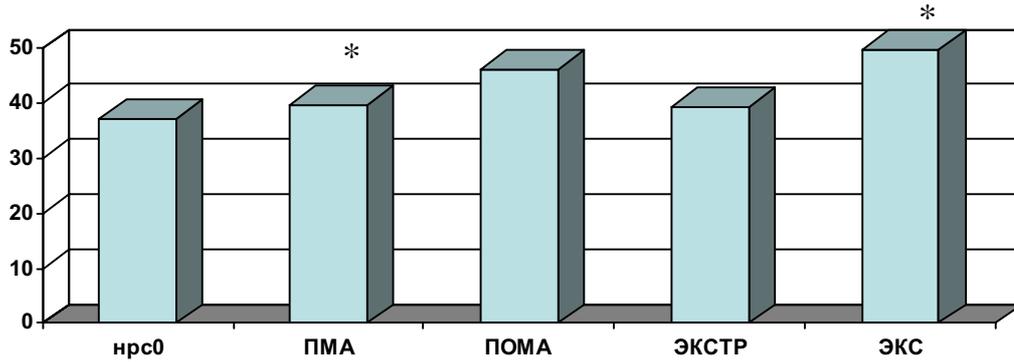
При анализе данных тестирования по шкале самооценки CES-D получено достоверное преобладание депрессии в группе больных с пароксизмальной аритмией и в группе больных с имплантированным ЭКС по отношению к контрольной группе.

Достоверных различий в преобладании личностной тревоги, по сравнению с контрольной группой, в проведенном исследовании не получено. На рисунке №2 показаны результаты сравнения реактивной тревоги у больных с различными аритмиями с контрольной группой.

Сравнительная оценка выраженности реактивной тревоги, проведенная в нашей работе выявила достоверное преобладание реактивной тревоги в группе больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и имплантированным по отношению с контрольной группой. Таким образом, данные исследования результаты показывают преобладание депрессии и тревоги у больных сердечными аритмиями по сравнению с контрольной группой.

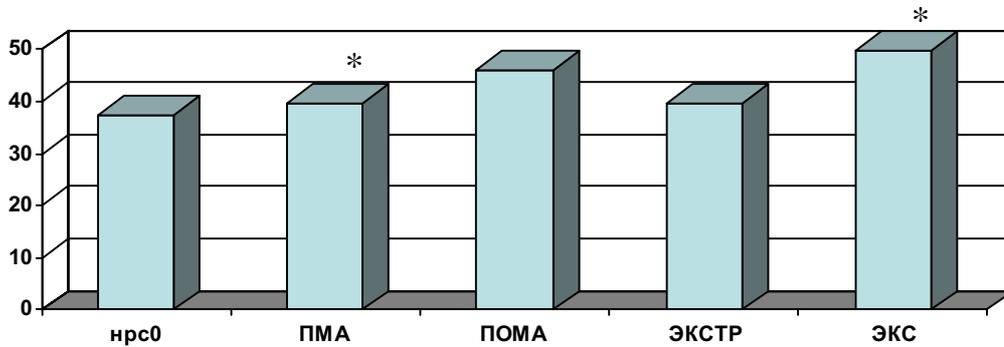
Обсуждение

Проблема коморбидности депрессии и сердечно-сосудистой патологии является предметом изучения достаточно большого числа исследований, но не смотря на это, взаимосвязям сердечных аритмий и депрессивных нарушений посвящены немногочисленные работы [13,16,17]. Тревожно-депрессивные расстройства различной степени тяжести с большой частотой выявляются у больных с аритмиями сердца. Такая взаимосвязь может быть объяснена особенностью патогенеза депрессии. Стресс, связанный с развитием депрессии, сопровождается выбросом кортико-тропин-релизинг фактора (КРФ) из гипоталамуса [19]. КРФ воздействует на одноименные рецепторы передней доли гипофиза. Последняя отвечает выбросом адренокортикотропного гормона (АКТГ), который, в свою очередь, стимулирует высвобождение глюкокортикоидов (кортизола) из коры надпочечников. Кортизол обладает выраженным аритмогенным действием, являясь патофизиологическим субстратом аритмии при депрессивных расстройствах [18,19,20]. В начальных стадиях болезни аффективная патология более ярко выражена, это подтверждает факт преобладания депрессии у больных с 1-11 функциональным классом стенокардии. Скорее всего, это можно объяснить наблюдаемым при



$p < 0,05$ по сравнению с группой без нарушений ритма сердца (HPC0)
 $p < 0,05$ по отношению к группе без нарушений ритма сердца (HPC0)

Рисунок №1. Зависимость выраженности депрессии по шкале CES-D у больных ИБС различными аритмиями с контрольной группой



$p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой
 $p < 0,05$ по отношению к контрольной группе.

Рисунок №2. Зависимость выраженности реактивной тревоги по шкале Спилберга у больных различными видами аритмии с контрольной группой.

депрессии нарушением бета-эндорфинэргической антиноценптивной системы, которая влияет на интенсивность приступа, поддерживая порочный круг между депрессией и аритмией [6,14]. Известно, что в передней доле гипофиза локализуются глюкокортикоидные рецепторы, которые играют ключевую роль в торможение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и избыточной секреции глюкокортикоидов в условиях стресса [18,19] Однако, при депрессии этот механизм обратной связи, по-видимому, не работает [21], что создает условия для поддержания существования депрессии. Персистирующая депрессия изменяет клиническую картину заболевания, отягощает его течение и прогноз [7]. По всей видимости, этим можно объяснить преобладание депрессии у больных с ишемической болезнью сердца, сопутствующими аритмиями. Интересно заме-

тить, что в проведенном исследовании мы не получили различия в выраженности психоэмоциональных расстройств от вида этиологии. Вероятно, для возникновения субстрата депрессии необходима не болезнь, а реакция личности на болезнь, ее отношение к болезни, снижению качества жизни, страх смерти. Здесь важны не только личностные характеристики, но и реакция на стресс, длительность реактивной тревоги [3, 5]. Причина возникновения сердечной аритмии не вызывает у больного тревоги или депрессии, главным фактором является наличие жалоб – частота сердцебиений, продолжительность пароксизмов, отсутствие эффекта от лечения. Этот факт подтверждают результаты настоящего исследования – уровень личностной и реактивной тревожности был повышен у всех обследованных больных. Реактивная тревога достоверно преобладала у больных

с имплантированным электрокардиостимулятором и пароксизмальной мерцательной аритмией. Полученные данные могут служить дополнительным свидетельством неблагоприятного влияния сопутствующей аффективной патологии на течение и прогноз сердечных аритмий и диктуют необходимость своевременной диагностики и коррекции психоэмоциональных расстройств у больных с сердечными аритмиями.

Выводы

1. Этиологический фактор не является определяющим в выраженности аффектив-

ных расстройств у больных с нарушениями ритма сердца.

2. Наиболее подвержены депрессивным расстройствам больные с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и имплантированным электрокардиостимулятором по сравнению с другими видами аритмий.

3. Личностная тревога характеризуется высоким уровнем у всех больных вне зависимости от вида аритмии, в то время как реактивная тревога значительно преобладала у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и имплантированным электрокардиостимулятором.

Список использованной литературы:

1. Anda R, Williamson D, Jones D. et al. *Epidemiology* 1993; 4: 285-94.
2. Barefoot JC, Scholl M. *Circulation* 1996; 93: 1976-80.
3. Brodsky M/A/, Sato D/A/, Iseri/ et al. Ventricular tachyarrhythmia associated with psychological stress: the role of sympathetic nervous system. *JAMA*. 1987; 257:2064-2067.
4. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
5. Lown B, Verrier R.L., Rabinowitz S.H.. Neural and psychological mechanisms and the problem of sudden cardiac death. *Am J Cardio*. 1977;39:890-902
6. Ligt K. C. et al *Psychosom Ned* 1991;53: 669-683.
7. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, симеотика, терапия. – 2-ое изд., исправленное и дополненное, Томск, Сибирский издательский дом, 2001.
8. Ольбинская Л.И., Программа «КОМПАС»: итоги и уроки. 10 Национальный Конгресс «Человек и Лекарство». Москва, 2004г.
9. Оганов Р.Г., Почему необходимо выявлять депрессию в общесоматической практике? 10 Национальный Конгресс «Человек и Лекарство». Москва, 2004г.
10. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // *Кардиология*. – 2002. – №4. – С. 86-91.
11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М., 2000.
12. Туев А.В., Наумов А.С., Василец Л.М., Нарушения ритма сердца – Екатеринбург – Пермь, 1995.
13. Murberg T.A., Bru E, Aarsland T, Svebak S. Social support, social disability and their role as predictors of depression among patients with congestive heart failure. *Scand.J.Soc. Med/* 1998;26:87-95.
14. Krittayaphong R. et al. *Clin J pain* 1996; 12:26-33.
15. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp.Psychiatri*. 1998;20:29-43.
16. Krumholz H.M., Miller J., et al. Prognostic importance of support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*. 1998;97: 953-964.
17. Plotsky P/M/, Owens M.J., Nemeroff C.B., *Psychiatri. Clin. N.Am/* 1998; 21:293-307.
18. Jacobson L., Sapolsky R.M. The role of depression by modulating the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Endocr. Rev.* 1991;12:118-134.
19. Rosanski A., Blumental J.A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular diseases and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99:2192-2217.
20. Young E.A., Haskett R.F., Murphy-Weinberg V. et al. Loss of glucocorticoid fast feedback in depression. *Arch.Gen. Psychiatri*. 1991;48:693-699.