

УДК 616.12-008.313.2:616.8-008.64

**ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

*Зотова Д. В.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из основных типов аритмий, с которой имеют дело терапевты в своей повседневной практике. ФП определяют как наджелудочковую тахикардию, характеризующуюся некоординированной электрической активностью предсердий с ухудшением их сократительной функции [1]. Существенное значение в возникновении и прогрессировании ФП придается экстракардиальным влияниям. К ним относятся особенности личности, эмоциональное состояние пациента, наличие психотравмирующей ситуации (острый, хронический стресс). У некоторых пациентов 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. Таким образом, ФП отрицательно влияет на психическое состояние пациентов, способствует развитию вторичных психовегетативных нарушений, прогрессированию аритмии [2–3]. Из этого следует необходимость своевременной диагностики и коррекции коморбидных психических расстройств [4].

***Цель***

Изучить распространенность тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

***Материал и методы исследования***

В исследование включались 30 пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП, в возрасте от 41 до 83 лет (средний возраст 62 года, из них 12 женщин и 18 мужчин), госпитализированные для восстановления синусового ритма в кардиологическое отделение ГУЗ «ГК БСМП» г. Гомеля. В зависимости от формы ФП пациенты были распределены на 2 группы. В 1 группу вошли 16 пациентов с пароксизмальной ФП. Во 2-й группе наблюдалось 14 пациентов персистирующей формой ФП. Для оценки тревожных расстройств использовалась шкала тревоги Спилбергера-Ханина, для оценки депрессивного расстройства — шкала депрессии Занга. Интерпретация результатов по шкале депрессии Занга в баллах: 20–49 — нормальное состояние, 50–59 — легкое депрессивное расстройство, 60–69 — депрессивное расстройство средней степени тяжести, 70 и выше — депрессивное расстройство тяжелой степени тяжести. При интерпретации шкалы тревоги Спилбергера результаты оцениваются следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность; 31–45 — умеренная тревожность, 46 и более баллов — высокая тревожность.

***Результаты исследования и их обсуждение***

В 1-ю группу (пароксизмальная форма ФП) вошли 16 человек (6 (37,5 %) женщин и 10 (62,5 %) мужчин).

Во 2-ю группу (персистирующая форма ФП) вошли 14 человек (6 (42,9 %) женщин и 8 (57,1 %) мужчин).

Результаты по шкале Спилберга-Ханина представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты оценки пациентов по шкале тревоги Спилбергера — Ханина

Группы	Личностная тревожность			Ситуативная тревожность		
	<30	31–45	>46	<30	31–45	>46
Группа № 1 Пароксизмальная, мужчины	n = 1 (6,2 %)	n = 3 (18,8 %)	n = 6 (37,5 %)	n = 2 (12,5 %)	n = 4 (25 %)	n = 4 (25 %)
Группа № 1 Пароксизмальная, женщины	n = 1 (6,2 %)	n = 2 (12,5 %)	n = 3 (18,8 %)	n = 1 (6,2 %)	n = 3 (18,8 %)	n = 2 (12,5 %)
Группа № 2 Персистирующая, мужчины	n = 1 (7,1 %)	n = 2 (14,3 %)	n = 5 (35,7 %)	n = 2 (14,3 %)	n = 4 (28,6 %)	n = 2 (14,3 %)
Группа № 2 Персистирующая, женщины	n = 2 (14,3 %)	n = 2 (14,3 %)	n = 2 (14,3 %)	n = 1 (7,1 %)	n = 4 (28,6 %)	n = 1 (7,1 %)

Высокая ситуативная тревожность имеет место у 25 % мужчин и 12,5 % женщин с пароксизмальной формой ФП, у 14,3 % мужчин и 7,1 % женщин с персистирующей формой ФП; высокая личностная тревожность — у 37,5 % мужчин и 18,8 % женщин с пароксизмальной ФП, у 35,7 % мужчин и 14,3 % с персистирующей формой.

Уровень депрессии по шкале Занга у пациентов с ФП представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты оценки пациентов по шкале Занга для самооценки депрессии

Группы	Количество баллов							
	20–49		50–59		60–69		>70	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Группа №1 Пароксизмальная, мужчины	5	31,3	4	25	1	6,2	—	—
Группа №1 Пароксизмальная, женщины	4	25	2	12,5	—	-	—	—
Группа №2 Персистирующая, мужчины	4	28,6	3	21,4	1	7,1	—	—
Группа №2 Персистирующая, женщины	4	28,6	2	14,3	—	—	—	—

У 25 % мужчин и 12,5 % женщин с пароксизмальной формой ФП имеется легкое депрессивное расстройство, у 6,2 % мужчин — депрессия средней степени тяжести, в то время как у 21,4 % мужчин и 14,3 % женщин с персистирующей формой наблюдается легкое депрессивное расстройство, а у 7,1 % мужчин — депрессия средней степени тяжести.

### Выводы

1. У пациентов с фибрилляцией предсердий имеет место развитие тревожно-депрессивных расстройств вне зависимости от формы ФП: у 39,3 % мужчин и 19,6 % женщин выявлена высокая ситуативная тревожность; 73,2 % мужчин и 33,1 % женщин имели высокую личностную тревожность.

2. Депрессия легкой степени выявлена у 46,4 % мужчин и 26,8 % женщин с фибрилляцией предсердий, 13,3 % мужчин имели депрессию средней степени тяжести.

3. Учитывая высокую распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с фибрилляцией предсердий целесообразно использование шкалы тревоги Спилбергера — Ханина, шкалы депрессии Занга в клинической практике врачей кардиологов, врачей общей практики с целью их своевременной диагностики и коррекции.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Национальные рекомендации / А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2010. — С. 2–3.
2. Фибрилляция предсердий: проблемы и перспективы медицинского сопровождения, лечения и профилактики на современном этапе / Ю. П. Скирденко [и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2016. — № 3. — С. 115–122;
3. Хроническая сердечная недостаточность: учеб.-метод. пособие / А. Н. Цырульникова [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 39 с.
4. Искендеров, Б. Г. Аффективные расстройства и нарушения ритма сердца: монография / Б. Г. Искендеров. — Пенза, 2011. — С. 12.

**УДК 616.13-002.2-036.82**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ  
СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ КОРОНАРОСКЛЕРОЗОМ**

**Игнатюк К. И., Козаковский К. О.**

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Г. Сейфидинова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

В настоящее время смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает ведущее место, среди которых ишемическая болезнь сердца (ИБС) сохраняет свою лидирующую позицию. Недостаточное кровообращение миокарда, вызванное атеросклеротическим поражением коронарных артерий, очень часто сопровождается клиническими проявлениями стенокардии [1].

Своевременная диагностика и оценка качества жизни позволяет провести дифференцированный подход к обследованию и лечению пациентов с ИБС. Это способствует выполнению своевременных, в том числе и инвазивных, вмешательств и предупреждению сердечно-сосудистых катастроф.

Самооценка пациентом своих симптомов является одним из способов независимого обследования его качества жизни. В своей работе мы использовали опросник Seattle Angina Questionnaire (SAQ) [2], который отражает качество жизни пациента по наиболее важным аспектам стенокардии.

**Цель**

Определить качество жизни пациентов согласно клиническим проявлениям стенокардии у пациентов со стенозирующим коронаросклерозом.

**Материал и методы исследования**

Проведено проспективное исследование группы пациентов с ИБС, находившихся на стационарном лечении в кардиохирургическом отделении УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». В группу вошли 31 пациент, в том числе 26 мужчин и 5 женщин, со средним возрастом  $61 \pm 8,7$  лет. Всем пациентам был установлен диагноз ИБС на основании проведения коронароангиографии. Критерии включения: гемодинамически значимый атеросклероз коронарных артерий с показаниями к аорто- и/или маммарокоронарному шунтированию. Критерии исключения: острый инфаркт миокарда, клапанные пороки сердца, тяжелая сердечная недостаточность — выше ФК II (NYHA), дыхательная недостаточность, нарушение жирового обмена 3 степени.

Среди анамнеза, объективного статуса, лабораторных и инструментальных исследований учитывались следующие данные: наличие сахарного диабета (СД), значение индекса массы тела (ИМТ); в биохимическом анализе крови — показатели липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триацилглицериды (ТАГ), фибриноген; эхокардиографический параметр систолической функции левого желудочка — фракция выброса (ФВ ЛЖ). По данным коронароангиографии определялось количество вовлеченных артерий со стенозированием до 70 % и выше.