

Незнамова Елена Ивановна

**Сравнительная характеристика и оценка качества жизни пациентов с
различными формами фибрилляции предсердий до и после
интервенционного лечения**

14.01.05. - кардиология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2016 г.

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук,

Академик РАН

Ревишвили Амиран Шотаевич

Официальные оппоненты:

Недоступ Александр Викторович - доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра факультетской терапии № 1, профессор кафедры (специальность «кардиология» -14.01.05).

Гиляревский Сергей Руджерович - доктор медицинских наук, профессор, Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последиplomного образования», кафедра клинической фармакологии, профессор кафедры профессор кафедры (специальность «кардиология» -14.01.05)

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Москва.

Защита диссертации состоится _____ часов на заседании диссертационного совета Д 001.015.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации по адресу: 121552, Москва, Рублевское шоссе 135, конференц-зал № 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева» и на сайте www.bakulev.ru.

Автореферат разослан _____ .

Ученый секретарь диссертационного совета,

Доктор медицинских наук

Газизова Динара Шавкатовна

Актуальность темы

ФП - это суправентрикулярная тахикардия, характеризующаяся некоординированной активацией предсердий с частотой 350-700 в минуту, которая обуславливает ухудшение сократительной способности предсердий и фактическую потерю предсердного наполнения желудочков.

Распространенность ФП увеличивается с возрастом - от 0,5 % в возрасте 40-50 лет до 5-15 % в возрасте 80 лет. У мужчин ФП развивается чаще, чем у женщин. Риск развития ФП на протяжении жизни составляет около 25 % в возрасте 40 лет.

ФП ассоциируется с увеличением смертности, частоты инсульта, и других тромбоэмболических осложнений, сердечной недостаточности, ухудшением КЖ.

У больных с ФП ухудшается качество жизни и снижается толерантность к физической нагрузке. У пациентов с ФП качество жизни существенно хуже, чем у здоровых людей или больных с ИБС и синусовым ритмом.

ФП является патологическим состоянием, а также психотравмирующим обстоятельством, которое может приводить к существенному снижению КЖ пациента.

Для оценки КЖ в России используется валидизированная версия SF-36, переведенная на русский язык. Однако в настоящее время в нашей стране пока мало работ, посвященных оценке КЖ больных с нарушениями ритма сердца.

Улучшение соматического состояния в результате фармакотерапии и/или интервенционного лечения позволяет достичь повышения КЖ у большинства больных.

Хирургическое и интервенционное лечение (катетерная абляция) ФП позволяет добиться полного устранения симптоматичных нарушений ритма не у всех пациентов (по разным данным, от 28% до 85,3% при катамнезе 1 год). Несмотря на то, что КЖ пациентов имеет положительную динамику в результате катетерной абляции даже при наличии рецидива, само отношение к возможности рецидива, личностные реакции на него и возможное повторное лечение не изучены.

Согласно результатам проведенных многоцентровых исследований, распространенность депрессивных состояний у пациентов с разными ССЗ составляет от 18 до 62%.

Наличие ТДР при ССЗ представляют собой патогенетическую основу для использования в комплексной терапии препаратов, которые сочетают в себе антидепрессивные и анксиолитические свойства. В комплекс лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с хроническими психосоматическими заболеваниями, в частности с кардиальной патологией, необходимо включить методы психотропного воздействия, повышающие толерантность организма к стрессу и

способствующие нормализации психического состояния.

Психические нарушения ухудшают течение ФП, усложняют клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и увеличивают число ненужных исследований, а также оказывают значительное влияние на КЖ пациентов.

Приведенные выше данные свидетельствуют об актуальности изучения психических нарушений у больных с ФП.

Цель исследования.

Провести сравнительную характеристику качества жизни и психоэмоционального статуса у пациентов с различными формами ФП на разных этапах интервенционного лечения.

Задачи исследования.

1. Оценка результатов интервенционного лечения ФП до 1 года после операции.
2. Сравнительная оценка интервенционного лечения различных форм ФП с использованием методов изоляции устьев легочных вен, либо в дополнении с линейными абляциями в сроке до 12 месяцев после оперативного лечения.
3. Сравнительная оценка КЖ пациентов с ФП и другими формами НЖТ до и после интервенционного лечения.
4. Сравнительная оценка психоэмоционального статуса пациентов с ФП и другими формами НЖТ до и после интервенционного лечения.
5. Определение показаний к назначению психотропной терапии после радикального лечения ФП при сохранении психоэмоциональных расстройств.

Научная новизна.

Впервые исследуется качество жизни и психоэмоциональный статус пациентов с ФП, перенесших интервенционное лечение в динамике на различных этапах послеоперационного лечения.

Практическая значимость.

Результаты исследования позволят разработать комплексную лечебно-реабилитационную тактику у пациентов с различными формами ФП при проведении интервенционного лечения с учетом их психоэмоционального статуса.

Положения, выносимые на защиту.

1. У пациентов с различными формами ФП в разной степени выраженности встречаются тревожно-депрессивные расстройства, в большей степени у пациентов с персистирующей формой ФП.
2. В сроки наблюдения до 1 года эффективность катетерной процедуры у пациентов с персистирующей формой ФП носит неудовлетворительный характер и составляет 66%.
3. Применение психофармакотерапии потенциально способствует значительному улучшению качества жизни пациентов с различными формами ФП.

Реализация результатов работы.

Результаты диссертационного исследования могут быть внедрены в клиническую практику ФГБУ «НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ и могут быть использованы в других кардиохирургических Центрах.

Предлагаемая работа является частью целевой исследовательской программы «Изучение электрофизиологических механизмов и совершенствование интервенционного лечения фибрилляции и трепетания предсердий» (№ государственной регистрации 01200101950).

Публикации результатов исследования.

По теме диссертации опубликовано 5 научных работ, из них 3 журнальных статьи в центральной медицинской печати.

Апробация работы.

Опубликована оригинальная статья в журнале «Психическое здоровье» (2010, №11 (54), С.44-51) под названием:

«Дифференцированный подход к лечению депрессивных расстройств у больных с фибрилляцией предсердий».

Материалы и основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на заседаниях: Ученого Совета НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН в 2008-2011 г.г.; XIV ежегодной сессии НЦ ССХ им.А.Н.Бакулева РАМН, Москва, 2010 г.; IX Международного славянского Конгресса по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца «Кардиостим», Санкт_Петербург, 2010 г. Регулярно результаты исследований докладывались и обсуждались на рабочих конференциях отделения хирургического лечения тахиаритмий НЦССХ им.А.Н.Бакулева в 2008-2011 г.г.

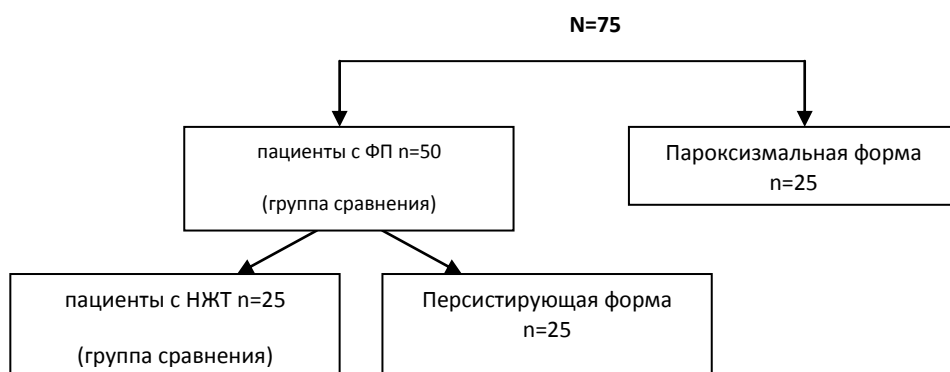
Объем и структура работы.

Диссертационная работа изложена на 106 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. В диссертации представлены 12 таблиц и 24 рисунков. Список литературы представлен 162 источниками (59 отечественных и 103 зарубежных).

Основное содержание работы.

Настоящая работа выполнялась в отделении хирургического лечения тахиаритмий ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева» МЗ РФ, Москва. Объектом исследования были пациенты с пароксизмальной и персистирующей формами ФП по 25 человек в каждой группе, находившиеся на обследовании для проведения хирургического лечения данной патологии. Группу сравнения составили 25 пациентов с НЖТ (WPW - 13 пациентов, пароксизмальная АВ-узловая тахикардия - 12 пациентов). В данном исследовании изучались особенности психоэмоционального статуса и КЖ пациентов с ФП на различных этапах интервенционного лечения. В

исследование включались мужчины и женщины в возрасте от 19 до 72 лет.



Средний возраст у больных с ФП составил 55 ± 23 лет, у больных с НЖТ - $48,5 \pm 3.46$ лет. Все пациенты принимали антиаритмические препараты, а также варфарин с достижением целевого МНО 2,0 - 2,5. Длительность анамнеза тахикардии составляла от 3 до 16 лет ($7,3 \pm 3.2$ года).

Данная работа включала 3 этапа исследования:

На первом этапе все пациенты были обследованы кардиологом с использованием необходимых клиничко-инструментальных и лабораторных методов исследования, включавших: клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях, суточное мониторирование ЭКГ по N. Holter, трансторакальную ЭХОКГ, спиральную компьютерную томографию для изучения топографической анатомии ЛВ, АКГ (по показаниям), ЭФИ.

Все пациенты самостоятельно заполняли опросник по качеству жизни - SF-36. Учитывая наличие у ряда пациентов недостаточности кровообращения I и II степени по NYHA, обусловленной длительным анамнезом ФП, приводящему к снижению толерантности к физической нагрузке, для сравнительной оценки КЖ пациентов была применена анкета MNFLQ (Миннесотский опросник качества жизни больных с сердечной недостаточностью).

На данном этапе проводился скрининг и оценка выраженности депрессивных расстройств у пациентов с ФП. Для диагностики, количественной и качественной оценки депрессивных расстройств, а также для оценки эффективности проводимого лечения использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии - HADS и шкалу Цунга для самооценки депрессии.

Всем пациентам была выполнена операция РЧА . Основными показаниями к операции служили упорный характер тахикардии, длительное течение заболевания отсутствие эффекта от антиаритмической терапии. С целью профилактики эмболических осложнений и рецидивов ФП в раннем послеоперационном периоде в течении первых 3-х месяцев после РЧА назначалась антикоагулянтная и антиаритмическая терапия.

Второй и третий этапы проводились через 3 месяца и 12 месяцев соответственно после выписки пациента из стационара. Пациент приглашался на профилактический кардиологический осмотр (ЭКГ, суточное ЭКГ по N.Holter, необходимые лабораторные исследования), где вновь заполнял опросник по качеству жизни SF-36, анкету качества жизни MHFLQ, а также Госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS, шкалу Цунга для самооценки депрессии. Эффективность проводимого комплексного лечения оценивалась по динамике клинической выраженности симптомов депрессии и тревоги, изменению показателей психометрических шкал.

Результаты ЭФИ и РЧА НЖТ.

Группа пациентов с НЖТ из 25 человек была представлена АВУРТ (рис. № 6) – 12 (48 %) пациентов (все с типичной slow-fast формой) и синдромом WPW - 13 пациентов (52 %). Средний возраст пациентов

составил $48,5 \pm 3,46$ года, средний анамнез аритмии - $6,4 \pm 1,3$ года, средняя ДЦ - 330 ± 13 мс.

Пациенты с синдромом WPW (рис. № 7, 8) – 5 пациентов (3 с манифестирующим WPW левой задней, задненижней и задневерхней локализаций (F.G. Cosio) и 2 скрытых WPW – 1 левой задней локализации и 1 передней локализации). Пациентам из данной группы выполнялось стандартное электрофизиологическое исследование. Пунктировались левые подключичная и бедренная вены. Проводились 10-ти полюсные диагностические электроды в коронарный синус и ПЖ, ПГ. После стандартных стимуляционных антеградных и ретроградных маневров и подтверждения диагноза (совпадение с дооперационным диагнозом составило 100 %) в случае с АВУРТ и правосторонним WPW пунктировалась правая бедренная вена, а в случае с ДПЖС левой локализации пунктировалась правая бедренная

артерия и вводился гепарин в дозе 100 ЕД/кг.

Во всех случаях с НЖТ был использован конвекционный аблационный катетер Medtronic 7 Fr., а в случае с правым передним пучком был использован орошаемый аблационный катетер Biosense Webster 7 Fr. Средние параметры конвекционных абляций: мощность 40 – 50 Вт., температура 48 – 58 Гр., среднее время воздействий – 16 ± 4 минуты. Параметры орошаемых абляций (в том числе в группе с ФП): мощность 30 – 40 Вт., температура 39 – 44 Гр., среднее время воздействий 64 ± 8 минут (группа с ФП) и 18 минут в случае пациента с правым передним пучком.

В группе с НЖТ осложнений зафиксировано не было. Эффективность выполненных процедур в сроки наблюдения до 1 года составила 100% (25 пациентов).

Результаты ЭФИ и РЧА ФП.

В группе с пароксизмальной формой ФП осложнения так же не наблюдались. Эффективность процедуры в сроки наблюдения до 1 года составила 92 % (23 пациентов). У 2 пациентов (8 %) наблюдалось присоединение ТП I типа, у 2 пациентов (8 %) наблюдался рецидив ФП. Пациенты с трепетанием были успешно прооперированы, а пациентам с рецидивом ФП удавалось в разной степени контролировать количество и качество приступов с помощью медикаментозной терапии (рис. № 1).

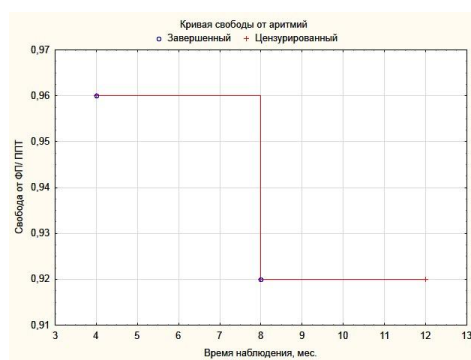


Рис. № 1. Эффективность катетерной процедуры устранения пароксизмальной формы ФП в сроки наблюдения 12 месяцев.

В группе с персистирующей ФП эффективность составила 68 %, т.е. в сроки наблюдения до 1 года после одной выполненной катетерной процедуры стойкая ремиссия была достигнута у 17 пациентов. У 8 пациентов (42 %) наблюдался рецидив ФП и/или возникновение постаблационных предсердных тахикардий, требующих повторных вмешательств, фармакологической или электрической кардиоверсии. Из указанных 8 пациентов повторно были прооперированы 4 пациентов (16 %) и в те же сроки наблюдения рецидивов ФП и других постаблационных предсердных тахикардий зафиксировано не было. Таким образом общая эффективность катетерной абляции персистирующей ФП после неоднократных вмешательств составила 84 % (21 пациент). Остальные 4 пациента (16 %) находятся на профилактической ААТ с различной степенью эффективности.

В указанной группе пациентов встречались следующие осложнения: в 2 случаях (8 %) развитие гемоперикарда с предшествующим «рор» - эффектом. В этих случаях выполнялась успешная пункция полости перикарда. И 1 случай (4 %) образования артериовенозной фистулы размером 2.0 мм., закрывшейся консервативным путем.

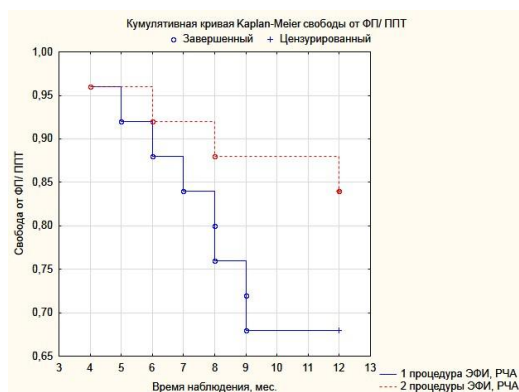


Рис. № 2. Эффективность катетерной процедуры устранения персистирующей формы ФП в сроки наблюдения 12 месяцев после 1 и 2 выполненных процедур.

Результаты полученные нами при трансвенозном устранении как ФП так и АВУРТ и WPW сопоставимы с данными литературы. С момента опубликования М. Haissaguerre и соавт. статьи в New England Journal of Medicine о спонтанной инициации фибрилляции предсердий эктопическими фокусами из легочных вен трансвенозное лечение фибрилляции предсердий приняло рутинный характер и первые результаты казались очень обнадеживающими. И это справедливо в случае с пароксизмальной формы ФП, где источники вызывающие и поддерживающие аритмии локализуются в одних и тех же участках – устьях легочных вен. Однако, в случае персистирующей и длительно существующей персистирующей форм ФП с большими объемами ЛП, когда аритмия носит не легочный характер, а субстратный, эффективность от одной трансвенозной процедуры в сроки наблюдения до 5 лет не превышает 15 – 29 %. Что касается НЖТ, то в данной группе эффективность в отдаленном периоде составила 100 %.

Больших осложнений как в группе с ФП, так и в группе пациентов с НЖТ не было зарегистрировано. Что связано с адекватной периоперационной антикоагуляцией прямыми и непрямыми антикоагулянтами в отношении тромбоэмболических осложнений. И ограничение мощности воздействий до 35 – 40 Вт. в случае орошаемой аблации и 50 Вт. в случае конвекционной аблации в отношении перфорации стенки сердца.

Сравнительная характеристика и оценка КЖ пациентов с ФП и другими формами НЖТ до и после методов интервенционного лечения.

С помощью общего опросника качества жизни SF-36 и специализированного опросника MLHFQ нами были изучены психосоциальные и физические аспекты КЖ в период до операции.

Сравнительный анализ КЖ пациентов с ФП и другими формами НЖТ при поступлении в стационар (по данным опросника MLHFQ)

Компонент КЖ, в баллах, $M \pm m$	Больные с пароксизмальной ФП (n=25)	Больные с персистирующей ФП (n=25)	Больные с НЖТ (группа сравнения) (n=25)
Физические возможности больных	12,95±6,9*	15,2±7,2*	14,3±6,8
Социально-экономические аспекты и общественные связи	4,6±2,3*	6,2±2,3*	6,1±2,1
Эмоциональное восприятие жизни	4,8±3,2	5,6±3,3	5,1±3,3
Общий балл	22,4±11,5	27,0±11,7	25,6±11,4

* $p < 0,05$ при сравнении отмеченных групп

**Сравнительный анализ КЖ пациентов с ФП и другими формами НЖТ при
поступлении в стационар (по данным SF-36)**

Компонент КЖ, в баллах, $M \pm m$	Больные с пароксизмальной ФП (n=25)	Больные с персистирующей ФП (n=25)	Больные с НЖТ (группа сравнения) (n=25)
Физический компонент здоровья	40,6±6,4	38,5±9,1	38,2±6,8
Физическое функционирование	73±12*	63±12*	55±15
Роль в функционировании, обусловленное физич. состоянием	38±14*	32±12*	47±18
Интенсивность боли	61±9*	61±14	55±10
Общее состояние здоровья	56±12*	42±15*	35±10
Психологический компонент здоровья	51,7±2,0	48,8±12,2	53,8±1,1
Психическое здоровье	61±18*	56±14	42±18
Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием	69±21*	63±19	55±21
Социальное функционирование	67,0±15,8	60,0±13,7	59,6±17,4
Жизненная активность	56,8±13,9*	48,8±13,8	41,0±15,4

* $p < 0,05$ при сравнении с группой с НЖТ

Таким образом, проведенный анализ показал, что ФП приводит к ухудшению показателей КЖ как в виде ограничения физической активности, так и формирования нарушений в психоэмоциональной сфере. Следует отметить, что при пароксизмальной форме ФП суммарный показатель КЖ лучше, чем у персистирующей формы ФП. Несмотря на более высокие показатели физического функционирования, относительно группы сравнения с НЖТ, у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП

отмечается наиболее выраженная подверженность негативному влиянию физического состояния на повседневную ролевую деятельность.

На рисунках дана общая характеристика динамики основных компонентов КЖ в результате хирургического вмешательства.

По данным обоих используемых опросников, интервенционное лечение повышало как физическое, так и психологическое качество жизни пациентов с ФП во всех исследованных группах. При этом если улучшение физического компонента КЖ наступало уже в раннем постоперационном периоде, то психоэмоциональные нарушения были более стойкими и купировались преимущественно в отдаленном периоде

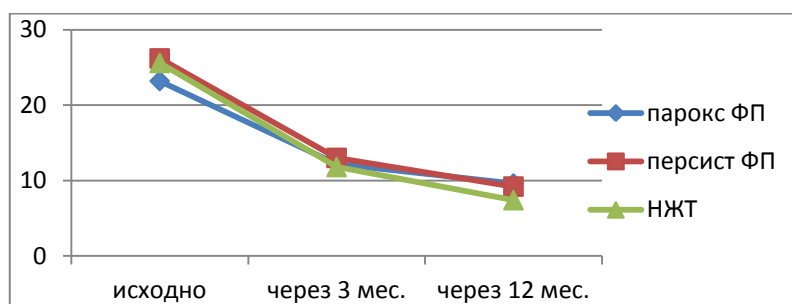


Рис. №1 Динамика общего показателя КЖ (MLHFQ)

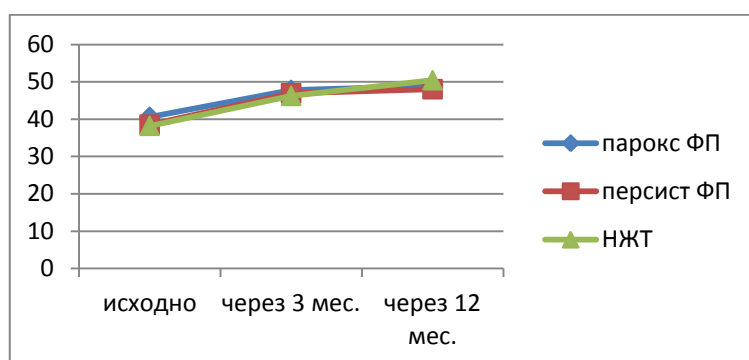


Рис. №2 Динамика общего показателя физического КЖ (SF-36)

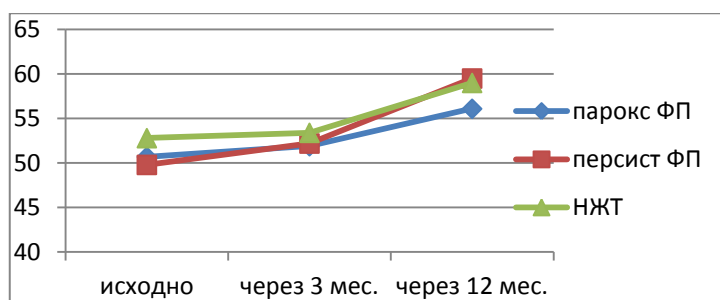


Рис. №3 Динамика общего показателя психического КЖ (SF-36)

Сравнительный анализ динамики различных компонентов КЖ пациентов с ФП и другими формами НЖТ по данным опросника MLHFQ показал, что во всех группах отмечен достоверный положительный эффект хирургического лечения по одному или нескольким показателям качества жизни, наблюдавшийся уже в раннем постоперационном периоде и ещё более возраставший через 12 месяцев. Статистически значимые различия в суммарном балле КЖ между группами были выявлены в отдаленном постоперационном периоде: больные с НЖТ были более благополучны, нежели пациенты с ФП. В отличие от других компонентов КЖ, статистически значимо улучшавшихся к 3 месяцу постоперационного периода, положительное эмоциональное восприятие жизни оставалось в пределах болезненного состояния. Стойкое повышение психологического компонента КЖ в среднем наблюдалось только в отдаленном постоперационном периоде, причем пациенты с ФП были в этом отношении менее благополучны.

Сравнительный анализ динамики различных компонентов КЖ пациентов с ФП и другими формами НЖТ по данным опросника SF-36 выявил тенденции, аналогичные описанным выше.

Таким образом, по данным анализа результатов применения специализированного опросника MLHFQ и общего опросника КЖ SF-36, основные улучшения в физическом компоненте КЖ отмечались уже в раннем постоперационном периоде, в среднем больные с ФП в отдаленном постоперационном периоде имели более значительные

физические ограничения по КЖ, нежели пациенты с пролеченной НЖТ. Значимость психоэмоционального компонента в общем КЖ пациентов резко возрастала в раннем периоде после РЧА, что указывает на необходимость своевременного выявления и коррекции нарушений аффективной сферы у пациентов с нарушениями сердечного ритма. Стойкий положительный эффект РЧА на эмоциональное восприятие жизни наблюдался только в отдаленном постоперационном периоде и был наиболее выражен у больных с НЖТ из группы сравнения; у пациентов с ФП в ряде случаев можно было предполагать сохранение психоэмоциональных расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Сравнительная оценка психоэмоционального статуса пациентов с ФП и другими формами НЖТ до и после методов интервенционного лечения.

Было показано, что до 66% пациентов с ФП и НЖТ при поступлении имели психические нарушения тревожно-депрессивного спектра клинического и субклинического уровня.

В группах с персистирующей формой ФП и другими НЖТ при поступлении была отмечена сходная структура тревожной симптоматики: около половины обследованных (48%) имели клинически значимые тревожные проявления. В 16% случаев тревога была субклинического уровня, симптоматика проявлялась не так часто и была менее выражена (8-10 баллов по HADS). При пароксизмальной форме ФП доля пациентов с субклинически выраженными тревожными проявлениями была вдвое выше, при этом клинически выраженная тревога отмечалась только у 12% больных.

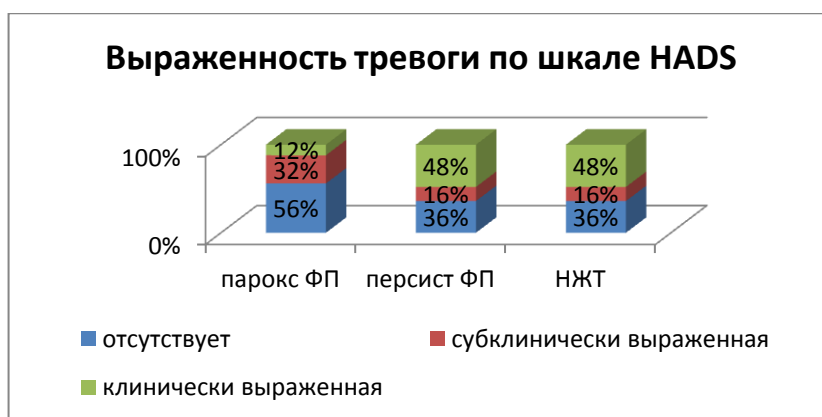


Рис. №1 Структура тревожной симптоматики по шкале HADS

Больные с пароксизмальной формой ФП демонстрировали депрессивную симптоматику субклинического уровня только в четверти случаев (24%). В группах с персистирующей формой ФП и НЖТ преобладала клинически выраженная депрессия (32% пациентов и 44%, соответственно).

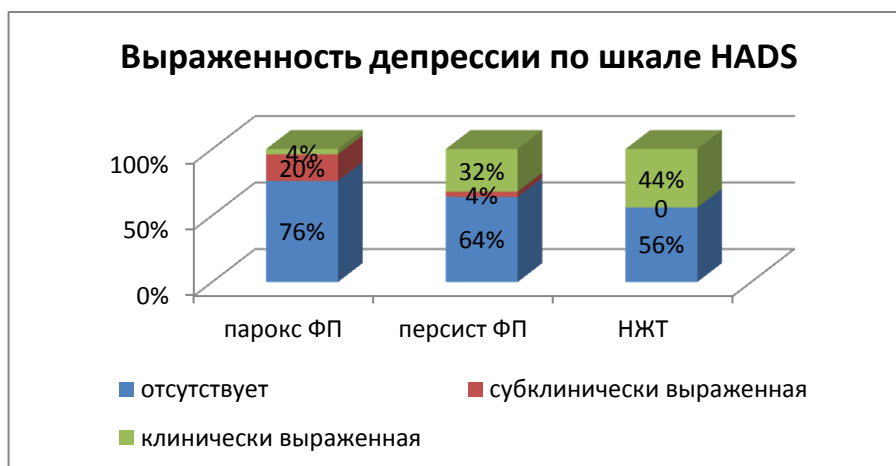


Рис. №2 Структура депрессивной симптоматики по шкале HADS

Сходные результаты были получены при оценке депрессивного аффекта и сопутствующих физиологических, психомоторных и психологических нарушений с помощью шкалы Цунга: наиболее выражены депрессивные проявления были в группе сравнения (36% - легкая депрессия, 4% - умеренная), при персистирующей ФП умеренный уровень депрессии был выявлен в 8% случаев, легкий – в

20%; при пароксизмальной форме ФП у 16% больных проявлялись легкие депрессивные симптомы.

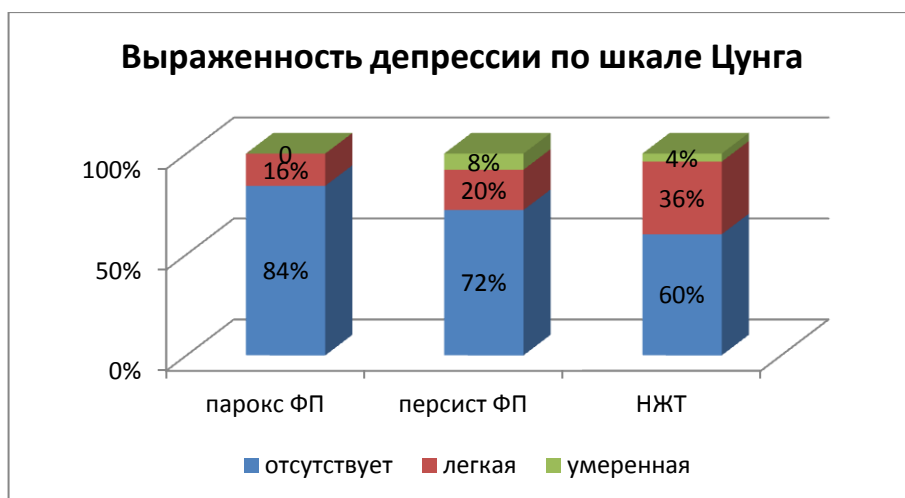


Рис. №3 Структура депрессивной симптоматики по шкале Цунга

На рисунках дана общая характеристика динамики тревожной и депрессивной симптоматики в результате хирургического вмешательства.

хирургического вмешательства.

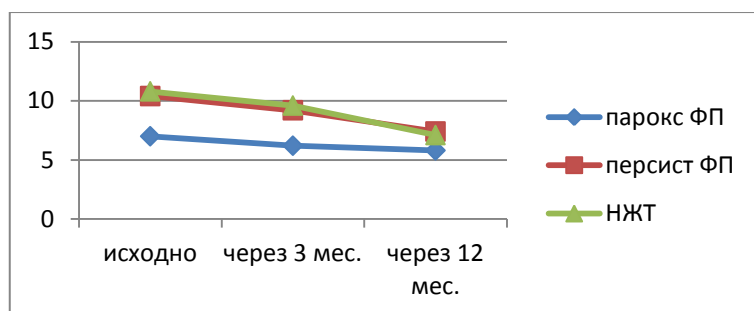


Рис. №4 Динамика тревожной симптоматики по шкале HADS

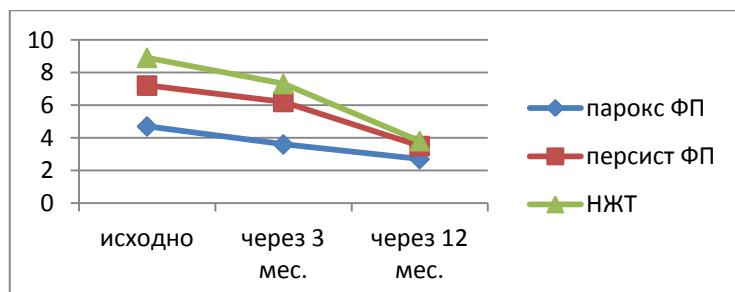


Рис. №5 Динамика депрессивной симптоматики по шкале HADS

Было выявлено, что у пациентов с сопутствующими психоэмоциональными нарушениями через 3 месяца после

хирургического вмешательства в основном сохранялись тревожные переживания и невротические симптомы. Выраженность депрессивной симптоматики в группах с пароксизмальной и персистирующей формами ФП по шкале Цунга уменьшилась на 2,7 и 1,4 балла соответственно, по госпитальной шкале – на 1,1 и 1,0 баллов соответственно.

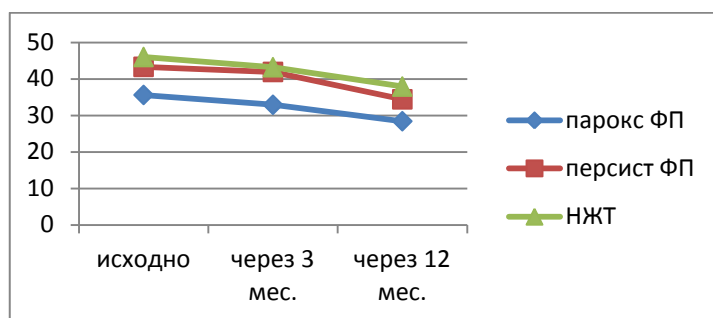


Рис. №6 Динамика депрессивной симптоматики по шкале Цунга

Стойкое улучшение психоэмоционального статуса было отмечено через год после операции. В отличие от расстройств депрессивного спектра, тревожные нарушения субклинического и клинического уровня частично сохранялись и по прошествии года после оперативного вмешательства. Распространенность их составила от 24% до 32% случаев в зависимости от группы сравнения.

Выраженность тревоги по шкале HADS в группе с пароксизмальной ФП за год после оперативного вмешательства снизился на 1,2 балла, в то время как в группе с персистирующей формой ФП – на 3 балла, в группе сравнения с НЖТ – на 5,1 балла (различия статистически значимы при $p < 0,05$). Схожие тенденции наблюдались в отношении редукции депрессивной симптоматики: уровень депрессии по результатам сравнительного анализа шкалы HADS в группе с пароксизмальной формой ФП снизился в среднем вдвое меньше, чем при персистирующей форме и в 2,6 раза, чем в группе с НЖТ. Полученные данные позволяют предположить, что симптоматика тревожно-депрессивного спектра у больных пароксизмальной формой ФП является более стойкой и может быть обусловлена не только

невротической реакцией на соматическое состояние, но и другими факторами, включая личностные особенности пациентов.

Таким образом, было показано, что до 66% пациентов с ФП и НЖТ при поступлении в стационар имеют психические нарушения тревожно-депрессивного спектра клинического и субклинического уровня. При пароксизмальной ФП тревожно-депрессивная симптоматика в среднем менее выражена, однако при этом является более стойкой, чем при других НЖТ, в 32% случаев сохраняется тревожная симптоматика. Повторные оперативные вмешательства ухудшают как психоэмоциональные показатели, так и КЖ больных с ФП. Стойкое улучшение психоэмоционального статуса и психическая адаптация отмечается через год после операции, при этом если депрессивная реакция купируется в большинстве случаев, то тревожность может сохраняться на уровне, близком к субклиническому. Высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики среди больных с аритмиями свидетельствует о необходимости анализа психоэмоционального статуса у всех пациентов с ФП и индивидуального подхода к психокоррекции, основанного на результатах психодиагностического исследования, с возможностью применения психофармакотерапии.

Выводы

1. Более 66% пациентов с ФП и НЖТ при поступлении в стационар имеют психологические нарушения тревожно-депрессивного спектра клинического и субклинического уровня.
2. В сроки наблюдения до 12 месяцев после операции эффективность интервенционного лечения с пароксизмальной и персистирующей форм ФП составила 92% и 68%, соответственно.

3. В сроки наблюдения до 1 года катетерная радиочастотная абляция ЛВ и ЛП при пароксизмальной и персистирующей формах ФП повышает как физическое, так и психологическое качество жизни пациентов.
4. В раннем послеоперационном периоде отмечается увеличение значимости психологического компонента КЖ, а также его вариабельность в зависимости от психоэмоционального статуса и наличия клинических и субклинических тревожно-депрессивных нарушений.
5. Показаниями к назначению психотропной терапии в раннем и отдаленном послеоперационных периодах являются: медленный темп редукции психоэмоциональных расстройств, повторные оперативные вмешательства, "слепой" период после вмешательства - 3 месяца после операции.
6. Стойкое улучшение психоэмоционального статуса наступает через год после операции, однако, в четверти случаев тревожность может сохраняться на субклиническом уровне за счет факторов, не связанных с соматическим состоянием пациента.

Практические рекомендации

1. Результаты настоящего исследования указывают на целесообразность применения в клинической практике современных методик для изучения КЖ пациентов с ФП, а именно общего опросника SF-36 и специализированного опросника MLHFQ. Это дает значительную дополнительную информацию о выраженности симптомов, течении аритмии, эффективности лечения, а также структуре социальных и эмоциональных аспектов КЖ.
2. Высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики среди больных с аритмиями, которая неблагоприятно воздействует как

на КЖ, так и на течение и прогноз основного заболевания, свидетельствует о необходимости анализа психоэмоционального статуса у всех пациентов с ФП с применением специализированных шкал, таких как шкала Цунга для самооценки депрессии, а также госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

3. Наличие психоэмоциональных расстройств у пациентов с ФП определяет необходимость проведения психокоррекции с учетом их выраженности и психопатологической структуры. При лечении расстройств депрессивного спектра у больных с ФП рекомендовано назначение препаратов с минимальным риском кардиотоксических побочных эффектов, отсутствием отрицательных лекарственных взаимодействий с кардиотропной терапией.

4. При лечении психоэмоциональных расстройств легкой и умеренной степени тяжести целесообразно назначение антидепрессантов и анксиолитиков в малых и средне-терапевтических дозах (сертралин, циталопрам, пароксетин, пиразидол, феназепам, клонозепам). Терапию тревожно-депрессивных нарушений при отсутствии тяжелой сопутствующей психической патологии может проводить кардиолог (при консультативной помощи психиатра).

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Полякова Е.О. Дифференцированный подход к лечению депрессивных расстройств у больных с фибрилляцией предсердий./ Полякова Е.О., Ревитшвили А.Ш., Незнамова Е.И.// Психическое здоровье.- 2010. - №11 (54). - С. 44-50.

2. Котанова Е.С. Отдаленные результаты изолированной электрической изоляции устьев легочных вен методом радиочастотной абляции у больных с пароксизмальной и персистентной формами фибрилляции предсердий./ Е.С. Котанова, Ф.Г. Рзаев, Н.В. Сичинава,

М.Р. Дишеков, С.Ж. Барсамян, Д.К. Гоголадзе, Е.И. Незнамова, А.Ш. Ревшвили// Анналы аритмологии. – 2009. - № 4.- С. 78 – 86.

3. Котанова Е.С. Возможности применения неинвазивного поверхностного электрокардиографического картирования при лечении пациента с фибрилляцией предсердий./ Е.С. Котанова, О.В. Сопов, Е.З. Лабарткава, Е.И. Незнамова// Вестник аритмологии.- 2013.- №74.- С.68-71.

4. Ревшвили А.Ш. Депрессивные расстройства у пациентов с фибрилляцией предсердий и их терапевтическая коррекция в условиях кардиохирургического стационара./ Ревшвили А.Ш., Полякова Е.О., Незнамова Е.И.// Бюллетень НЦССХ им.А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания» Материалы XIV Ежегодной сессии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых.- Москва.- 2010. -Том11.- №3.

5. Ревшвили А.Ш. Аффективные расстройства у пациентов с фибрилляцией предсердий при проведении интервенционного лечения./ Ревшвили А.Ш., Полякова Е.О., Незнамова Е.И.//Вестник аритмологии. Приложение. IX Международный славянский Конгресс по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца «Кардиостим». - Санкт-Петербург. - 2010.