

---

## РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В ГЕНЕЗЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА

**М.Р. Александрова**

Кафедра госпитальной терапии  
Российский университет дружбы народов  
*ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198*

**А.А. Лукашенко, И.И. Юровская,  
М.С. Артемьева**

Кафедра психиатрии и медицинской психологии  
Российский университет дружбы народов  
*ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198*

У 70 пациентов с идиопатическими пароксизмами фибрилляции предсердий были изучены личностные особенности и характеристики стрессов, перенесенных перед манифестацией аритмии. Проведена сравнительная оценка эффективности коррекции соматического состояния пациентов с пароксизмами фибрилляции предсердий на фоне лечения только соматотропными препаратами и комбинацией соматотропных и психотропных препаратов с учетом особенностей личностного реагирования и характера стрессов.

**Ключевые слова:** фибрилляции предсердий, личность, темперамент, невротизм, стресс, тревога, депрессия, пароксетин, флювоксамин, сертралин.

Психиатры, как и врачи других специальностей, часто сталкиваются с патологическим реагированием на психоэмоциональный стресс. М. Перре классифицирует психоэмоциональные нагрузки на повседневные перегрузки (состояние здоровья кого-то из членов семьи, финансовые трудности, стресс на работе); на хронические перегрузки (продолжающиеся длительное время тяжелые испытания); и критические, изменяющие жизнь события (неожиданная смерть какого-то из близких, тяжелый разрыв отношений, а также позитивные жизненные события — брак, рождение ребенка) [1]. В настоящее время психологический стресс проник во все сферы деятельности человека и превратился в источник многих соматических заболеваний.

У 30% пациентов, обращающихся к врачу общей практики, отмечаются симптомы тревоги и депрессии, у 20% госпитализированных больных можно выявить невротические тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности [2]. В работах большинства кардиологов, психиатров и психологов признается большая роль эмоционального перенапряжения, стрессов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний [3—7].

Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий — одно из наиболее опасных нарушений ритма сердца и составляет 35% от всех видов аритмий [8].

Прежде всего фибрилляция предсердий — независимый предиктор смертности, обусловленной эмболическими инсультами [9].

Развитию пароксизма фибрилляции предсердий предшествует множество разнообразных факторов (ишемическая болезнь сердца; инфаркт миокарда; инфильт-

ративные или воспалительные заболевания предсердий; эндокринные нарушения; врожденные пороки сердца; оперативные вмешательства и др.). Нередко пароксизмы фибрилляции предсердий возникают и у практически здоровых молодых людей — идиопатическая форма фибрилляции предсердий [10].

По данным литературы, основными патогенетическими механизмами развития нарушений сердечного ритма под влиянием психоэмоционального стресса являются: активация симпатической нервной системы, снижение вариабельности сердечного ритма, изменение реактивности тромбоцитов и тромбоцитарной серотониновой системы, нестабильности миокарда в следствие ишемии и вазоконстрикции [11].

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания развиваются у людей с определенными личностными особенностями под воздействием значимых психотравмирующих факторов в результате недостаточной адаптации [12].

До настоящего момента мало изучена связь возникновения идиопатической формы фибрилляции предсердий с характером предшествующих эмоциональных стрессов, типом личности, уровнем тревоги и депрессии у пациента.

**Цель исследования:** изучить влияние тревожно-депрессивных расстройств невротического спектра на клинику пароксизмальной формы фибрилляции предсердий.

**Материал исследования:** обследовано 70 пациентов с идиопатическими пароксизмами фибрилляции предсердий: 32 (45,7%) женщин и 38 (54,3%) мужчин. Средний возраст пациентов составил  $42,5 \pm 3,5$  лет.

**Критерии включения в исследование:** 1. Лица обоего пола в возрасте 20—50 лет.

2. Наличие верифицированной кардиологической патологии: пароксизмальная форма фибрилляции предсердий.

**Критерии исключения из исследования:** наличие у пациента острой, подострой, восстановительной стадии инфаркта миокарда; аневризмы левого желудочка; недостаточности кровообращения II—III степени; врожденных и приобретенных пороков сердца; кардиомиопатии; возрастных фибротических изменений предсердий; наличие у пациента системной или легочной гипертензии, опухолей/кист миокарда; семейной формы мерцательной аритмии; интоксикации сердечными гликозидами, антидепрессантами, диуретиками, симпатомиметиками, антиаритмическими препаратами или токсическими веществами; наличие другой выраженной соматической и психической патологии: нарушения функции щитовидной железы, наличие в анамнезе повторных инфарктов миокарда, органических заболеваний головного мозга (сосудистых, дегенеративно-атрофических, посттравматических и др.) и вегетативной нервной системы, психотических расстройств (шизофрения, биполярное аффективное расстройство), алкогольной зависимости и злоупотребления психоактивными веществами; наличие в анамнезе хирургических операций на сердце или органах грудной клетки; наличие группы инвалидности у обследуемых пациентов.

Пациентам с идиопатическими пароксизмами фибрилляции предсердий в течение 6—12 месяцев до начала проводимого исследования проводилась сомато-

тропная терапия с использованием антиаритмических препаратов I и III классов (флекаинид, фенитоин, амиодарон). Терапия не менялась на всем протяжении исследования. В ходе работы проводилось сравнение динамики течения основного кардиологического заболевания на фоне приема только соматотропных препаратов и на фоне комплексной терапии соматотропными и психотропными препаратами.

**Методы исследования:** клиникопсихопатологический, психометрический: тест-опросник акцентуации характера Леонгарда—Шмишека, тест-опросник Г. Айзенка, Торонтская шкала алекситимии. Для объективной оценки динамики психопатологических расстройств и их связи с частотой приступов аритмии использовались шкала депрессии Бека, шкала Цунга для самооценки тревоги для самостоятельного заполнения пациентом и шкала Гамильтона для оценки тревоги и депрессии, заполняемые врачом-исследователем. Для оценки силы перенесенных пациентами предшествующих манифестации пароксизмов фибрилляции предсердий психотравмирующих ситуаций использовалась Шкала оценки силы стрессорного воздействия на человека (Завьялов В.Ю., 2005). Учитывались данные ЭКГ, суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру, ЭХОКГ, данные лабораторных методов исследования.

**Результаты и обсуждение:** среди исследуемых преобладали пациенты с меланхолическим и холерическим типом темперамента — 41,8% и 23,1% соответственно, с высоким уровнем невротизма — 64,2%, с тревожным — 41,6%, педантичным — 22,7% и эмотивным — 25,1% профилями личности. У 70% пациентов выявлялся «алекситимический» тип личности —  $70,8 \pm 1,5$  балла.

В ходе сбора анамнестических сведений было выявлено, что в *исследуемой группе пациентов с идиопатическими пароксизмами фибрилляции предсердий* 44,6% незадолго до манифестации аритмии перенесли острый стресс (развод, скоропостижная смерть или тяжелое заболевание близкого родственника, смерть ребенка, судебный процесс над членом семьи), 16,2% — хронический (длительные конфликтные отношения с супругом или детьми, серьезные финансовые затруднения, хроническая тяжелая болезнь родных, проживание в неблагополучной семье в условиях физического насилия).

В среднем длительность стрессовых ситуаций до спонтанного возникновения пароксизмальной формы ФП составила  $6,3 \pm 4,8$  месяцев.

Первый пароксизм фибрилляции предсердий развивался, как правило, на фоне эмоционального напряжения. Аритмия сопровождалась ощущением «остановки сердца», «провала сердца», «замирания», чувством, что «в груди пустота». Многие пациенты описывали ощущение «стеснения» в грудной клетке, чувство «дискомфорта» или боли в прекардиальной области, «ватных ног». Первый пароксизм сопровождался выраженной тревогой, страхом потери сознания, часто двигательным беспокойством. Возникновение последующих пароксизмов фибрилляции предсердий способствовало фиксации пациентов на работе сердца, усилению тревоги, появлению страха смерти от остановки сердца или инфаркта миокарда.

Часто во время очередной стрессовой ситуации пациенты испытывали уже знакомые болевые ощущения в грудной клетке без развития аритмии. Боли рас-

ценивались как нестабильная стенокардия, подозрение на инфаркт миокарда. В то же время на ЭКГ в момент болевого приступа, холтеровском мониторинге ЭКГ снижения или подъема сегмента ST, инверсии зубца T не выявлялось. При трехкратном анализе крови не определялось повышение активности кардиоспецифических ферментов (тропонина, КФК, МВ-КФК, ЛДГ).

Пациенты испытывали постоянную тревогу, сопровождающуюся напряжением мышц тела, ощущением внутренней дрожи, тяжести и дискомфорта в прекардиальной области, сухостью слизистой оболочки рта, тремором рук, нарушением сна, пониженным настроением, плаксивостью. Возникающие тревожные ожидания повторения приступов аритмии или болей в грудной клетке у некоторых больных приобретали навязчивый характер. У многих пациентов имели место ипохондрические опасения за свою жизнь даже при относительно благополучном течении и прогнозе заболевания, которое воспринималось исключительно в пессимистических красках.

По основным психометрическим шкалам в исследуемой группе выявлялся высокий уровень ситуативной тревожности и депрессии: BDI —  $17,5 \pm 3,1$  балла (норма  $11 \pm 8$ ); HDRS —  $10,2 \pm 2,5$  (норма 0—6); ZARS —  $0,72 \pm 0,04$  (индекс тревоги в норме  $0,31—0,38$ ); HARS —  $16,3 \pm 3,0$  (норма 0—8 баллов).

В структуре тревожно-депрессивных расстройств группы пациентов с идиопатическими пароксизмами фибрилляции предсердий преобладала смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F 43,22—44,3% наблюдений. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) F 41,0 было диагностировано в 17,2% случаев, генерализованное тревожное расстройство F 41,1 — в 22,3% случаев. В основной группе было выявлено 16,2% пациентов с отсутствием психопатологической симптоматики. Длительность невротических расстройств перед манифестацией первого пароксизма мерцательной аритмии составила  $3,8 \pm 2,2$  месяца.

83,8% обследованным пациентам с сердечно-сосудистой патологией было необходимо назначение комбинированной психофармакотерапии, с применением препаратов из групп антидепрессантов и транквилизаторов, ввиду наличия пограничных психических расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Использовались препараты из группы СИОЗС (пароксетин, флювоксамин, сертралин), обладающие противотревожным и антидепрессивным действием. У пациентов с паническим расстройством в течение первых 7 дней назначался алпрозолам по 0,5 мг 2 раза в день, или феназепам по 0,5 мг на ночь и в момент приступа. Пациентам с наличием астении требовалось назначение ноотропных препаратов седативного действия (ноопепт по 10 мг 2 раза в день) в течение 2—3 недель.

На 21-й день психофармакотерапии пациенты с кардиопатологией отмечали значительное снижение эмоциональной напряженности, редукцию тревоги и сопряженных с ней вегетативных нарушений, нормализацию фона настроения. Оценка динамики средних баллов тревоги и депрессии по психометрическим шкалам к концу 3-й недели лечения показала снижение среднего суммарного балла по сравнению с исходным (табл. 1).

Таблица 1

**Выраженность тревожных и депрессивных расстройств по основным шкалам среди пациентов с идиопатическими пароксизмами фибрилляции предсердий**

Показатели	До психофармакотерапии				На 21-й день психофармакотерапии			
	BDI, балл (11 ± 8)	HDRS, балл (0—6)	ZARS, индекс (0,31—0,38)	HARS, балл (0—8)	BDI, балл (11 ± 8)	HDRS, балл (0—6)	ZARS, индекс (0,31—0,38)	HARS, балл (0—8)
Исследуемая группа	17,5±3,1	10,2±2,5	0,72±0,04	16,3±3,0	8,5±1,2*	6,6±1,0*	0,38±0,03*	6,7±1,2*

Примечание: \* достоверность различий показателей до и после психофармакотерапии в исследуемой группе пациентов  $p < 0,01$ .

Объективно на 3-й неделе психофармакотерапии у 88,5% пациентов с идиопатическими аритмиями отмечалось снижение частоты пароксизмов ФП, облегчение купирования, сокращение длительности уже начавшегося приступа и улучшения переносимости приступов аритмии благодаря нормализации общего эмоционального фона.

Поддерживающая терапия антидепрессантами группы СИОЗС (пароксетин, флювоксамин, сертралин) проводилась в течение последующих 8—12 месяцев после выписки из стационара.

У 10% пациентов с идиопатическими пароксизмами ФП через 3—5 месяцев регулярного приема антидепрессантов группы СИОЗС (пароксетин, флювоксамин, сертралин) удалось полностью купировать приступы аритмии.

Таким образом, результаты настоящего исследования позволяют высказать мнение о существовании психосоматического варианта течения фибрилляции предсердий, при котором у пациентов обнаруживаются признаки соматопсихической лабильности, проявляющейся манифестацией и повторными приступами фибрилляции предсердий на фоне психоэмоциональных стрессов, которые участвуют в развитии и поддержании тревожно-депрессивных расстройств невротического спектра.

Курсовое назначение антидепрессантов из группы СИОЗС (пароксетин, флювоксамин, сертралин) в стандартных дозах позволило быстро купировать тревожные и депрессивные реакции, что привело к объективно определяемой положительной динамике в течение кардиологического заболевания (длительность катамнеза от 3 до 5 лет).

**ЛИТЕРАТУРА**

- [1] Игумнов С.А., Жебентяев В.А. Стресс и стресс-зависимые заболевания. — СПб.: Речь, 2011.
- [2] Анискин Д.Б. Психологический стресс и соматические расстройства // Лечащий врач. — 1998. — № 1. — С. 54—56.
- [3] Ромасенко Л.В., Пархоменко И.М., Кадушина Е.Б. Терапия расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с артериальной гипертензией // Фарматека. — 2012. — № 19 (252). — С. 32—38.

- [4] Юровская И.И., Артемьева М.С., Александрова М.Р. Влияние психоэмоционального состояния больных с аритмиями на течение сердечной патологии // Технологии живых систем. — 2011. — Т. 8. — № 4. — С. 61—64.
- [5] Ромасенко Л.В., Абрамова И.В., Пархоменко И.М. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистой патологией // Справочник поликлинического врача. — 2007. — № 4. — С. 75—78.
- [6] Марилов В.В., Артемьева М.С., Юровская И.И. Тревожно-депрессивные расстройства и пароксизмальная форма фибрилляции предсердий: психосоматические соотношения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2013. — Т. 113. — № 1. — С. 11—14.
- [7] Меерсон Ф.З., Букина Т.Н., Васильев Л.А. Роль профессионального и социального стресса в возникновении неишемических аритмий у пилотов // Кардиология. — 1991. — № 1. — С. 60—62.
- [8] Моисеев В.С., Моисеев С.В., Кобалава Ж.Д. Болезни сердца. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008.
- [9] Киякбаев Г.К. Аритмии сердца // Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации / Ред. акад. РАМН В.С. Моисеева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- [10] Голицын С.П. Нарушения сердечного ритма // Болезни органов кровообращения / Под ред. Е.И. Чазова. — М.: Медицина, 1999. — С. 562—624.
- [11] Явелов И.С., Травина Е.Е., Грацианский Н.А. Изменения variability ритма сердца, оцененной за короткое время в стандартных условиях у больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. — 1999. — № 5. — С. 4—12.
- [12] Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З. Соматопсихология. Хрестоматия. — Издательство Ульяновского государственного университета, 2006.

## REFERENCES

- [1] Igumnov S.A., Zhebentyaev V.A. Stress and stress-dependent diseases. — Saint-Peterburg: Speech, 2011.
- [2] Aniskin D.B. Psychological stress and physical disorders // Physician. — 1998. — № 1. — P. 54—56.
- [3] Romasenko L.V., Parkhomenko I.M., Kadushina E.B. Therapy of anxiety-depressive spectrum disorders in patients with hypertension // Farmateka. — 2012. — № 19 (252). — P. 32—38.
- [4] Yurovskaya I.I., Artemyeva M.S., Alexandrova M.R. Effect of mental and emotional condition of patients with arrhythmias on the cardiac pathology // Technology of live systems. — 2011. — V. 8. — № 4. — P. 61—64.
- [5] Romasenko L.V., Abramova I.V., Parkhomenko I.M. Anxiety and depressive disorders in patients with cardio-vascular disease // Manual for polyclinic physician. — 2007. — № 4. — P. 75—78.
- [6] Marilov V.V., Artemyeva M.S., Yurovskaya I.I. Anxiety-depressive disorders and paroxysmal atrial fibrillation: psychosomatic correlations // Journal of Neurology and Psychiatry n.a. S.S. Korsakov. — 2013. — Vol. 113. — № 1. — P. 11—14.
- [7] Meerson F.Z., Bukina T.N., Vasil'iev L.A. The role of professional and social stress in causing non-ischemic arrhythmias in pilots // Cardiology. — 1991. — № 1. — P. 60—62.
- [8] Moiseev V.S., Moiseev S.V., Kobalava Zh.D. Heart Diseases. — М.: Medical Information Agency, 2008.
- [9] Kiyakbaev G.K. Cardiac arrhythmias. Fundamentals of electrophysiology, diagnosis, treatment and current recommendations / Ed. Acad. RAMS V.S. Moiseev. — М.: GEOTAR Media, 2009.

- [10] *Golitsyn S.P.* Cardiac arrhythmia. In the book. Diseases of the circulatory system / Ed. E.I. Chazov. — M.: Medicine, 1999. — P. 562—624.
- [11] *Yavelov I.S., Travina E.E., Gratsianskiy N.A.* Changes in heart rate variability, estimated in a short time under standard conditions in patients with myocardial infarction // *Cardiology*. — 1999. — № 5. — С. 4—12.
- [12] *Tuhtarova I.V., Biktimirov T.Z.* Somatopsychology. Readings. PH: Ulyanovsk State University, 2006.

## **THE ROLE OF EMOTIONAL STRESS IN THE GENESIS OF LIFE-THREATENING HEART RHYTHM DISORDERS**

**M.R. Aleksandrova**

Department of Hospital therapy  
Peoples' Friendship University of Russia

**A.A. Lukashenko, I.I. Yurovskaya,**

**M.S. Artem'ieva**

Department of psychiatry and clinical psychology  
Peoples' Friendship University of Russia  
*Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198*

Personality and features of stress previous arrhythmia were studied in 70 patients with paroxysmal atrial fibrillation. A comparative evaluation was done between effectiveness of the treatment of paroxysmal atrial fibrillation by only somatotropic medications and by combination of somatotropic and psychotropic drugs.

**Key words:** atrial fibrillation, personality, temperament, neuroticism, stress, anxiety, depression, paroxetine, fluvoxamine, sertraline.