

УДК 159.9.072.423

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ТРЕВОЖНОСТЬ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

М.В. Мензоров¹, А.М. Шутов¹, С.В. Шевченко²,
Е.В. Ефремова¹, Е.Н. Мензорова¹

¹ Ульяновский государственный университет,

² Центральная городская клиническая больница

В статье представлены результаты исследования качества жизни, уровня тревожности, а также их связь с продолжительностью аритмологического анамнеза, количеством, частотой рецидивов фибрилляции предсердий (ФП), выраженностью сердечной недостаточности, антропометрическими параметрами, компонентным составом тела у больных рецидивирующей ФП после конверсии синусового ритма. Обнаружено, что снижение качества жизни, повышение уровня тревожности ассоциированы с длительностью анамнеза ФП и нарушением компонентного состава тела и не связаны с количеством, частотой рецидивов ФП, выраженностью сердечной недостаточности. Две трети больных с рецидивирующей ФП имеют избыточный вес тела или ожирение, а более половины пациентов – абдоминальное ожирение. Уменьшение общей воды тела в большей степени, чем другие компоненты состава тела, связано с ухудшением качества жизни и повышением тревожности у больных ФП.

Ключевые слова: рецидивирующая фибрилляция предсердий, качество жизни, личностная тревожность, реактивная тревожность, общая вода тела, индекс общей воды тела, индекс массы тела, компонентный состав тела, жировая масса тела.

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее часто встречающейся в клинической практике аритмией и причиной приблизительно трети госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца. Распространенность этой патологии в популяции составляет приблизительно 2 %, увеличиваясь с возрастом и достигая 5–15 % у пациентов старше 80 лет [19; 20; 21]. В последних рекомендациях Европейского общества кардиологов, ВНОК и ВНОА по диагностике и лечению ФП подчеркивается, что у больных ФП качество жизни «существенно хуже», чем у здоровых людей и больных ишемической болезнью сердца с синусовым ритмом [23]. Следует отметить, что 3/4 больных с нарушениями ритма сердца имеют расстройства нервно-психической сферы [12]. Психические нарушения ухудшают течение ФП, ведут к повышению частоты исследований, обращений за медицинской помощью, госпитализаций, а также оказывают значительное негативное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов [5; 24]. Еще с начала 80-х гг. 20 в. в понятие

«качество жизни» стали включать такие аспекты существования индивидуума, как физическое состояние, эмоциональный, психологический и социальный статус [7]. Тревожность, несомненно, является одной из характеристик психического статуса [9].

При обследовании больных с постоянной формой ФП было выявлено, что 2/3 из них имеют изменения психического состояния в виде повышенной тревожности, беспокойства за свое физическое здоровье, аффективной ригидности, пессимистической окраски перспектив [14]. В то же время, по мнению ряда авторов, при постоянной форме ФП снижение качества жизни больных обусловлено прежде всего уменьшением толерантности к физической нагрузке вследствие нарастания явлений сердечной недостаточности [6]. Считалось, что особое значение фактор повышенной тревожности имеет у больных с рецидивирующей формой ФП вследствие осознанного или подсознательного ожидания развития очередного приступа [6], однако, по данным М.Е. Namer, несмотря на то что 68 %

пациентов с пароксизмальной формой ФП назвали влияние аритмии на повседневную жизнь «разрушительным», их ощущения не коррелировали ни с частотой приступов, ни с их длительностью [22]. По данным Прокофьева и его соавторов, у больных ФП снижение КЖ было связано прежде всего с необходимостью ограничивать физические усилия и уменьшением активности в повседневной жизни, а не с частотой пароксизмов аритмии [3]. По результатам исследования AFFIRM 2/3 больных ФП имеют избыточный вес тела или ожирение [13]. Более чем у половины пациентов с рецидивирующей ФП выявляется абдоминальное ожирение, практически у всех наблюдается изменение компонентного состава тела: отмечается увеличение жировой массы, уменьшение общей воды тела [10]. Поскольку наличие избыточной массы тела, ожирения может вести к уменьшению активности, ограничивать физические усилия пациентов, не исключается связь между антропометрическими параметрами, компонентным составом тела и КЖ, тревогой больных рецидивирующей ФП.

Цель исследования. Изучить уровень тревожности, качества жизни и их связь с продолжительностью аритмологического анамнеза, количеством, частотой рецидивов ФП, выраженностью сердечной недостаточности, антропометрическими параметрами, компонентным составом тела у больных рецидивирующей ФП после конверсии синусового ритма.

Материалы и методы. Было обследовано 76 больных (мужчин – 47, женщин – 29, средний возраст 58 ± 8 лет) с рецидивирующей ФП неклапанной этиологии, у которых стратегией лечения был выбран контроль ритма (табл. 1). Всем больным выполнялась фармакологическая кардиоверсия амиодароном с последующим назначением его в качестве поддерживающей антиаритмической терапии. Причинами ФП были: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 16 (21 %) больных, гипертоническая болезнь (ГБ) – у 21 (28 %), сочетание ГБ и ИБС – у 39 (51 %) больных. Диагностику и оценку ФП осуществляли согласно Рекомендациям ВНОК (2005) [8].

Таблица 1

Характеристика больных с рецидивирующей фибрилляцией предсердий

Показатель	Значение
Больные	76
Мужчины	47 (62 %)
Женщины	29 (38 %)
Возраст, лет	$58,4 \pm 8,3$
Причина ФП:	
Артериальная гипертензия	21 (28 %)
Ишемическая болезнь сердца	16 (21 %)
Сочетание АГ и ИБС	39 (51 %)
Сахарный диабет	5 (6,6 %)
Перенесли инфаркт миокарда	7 (9 %)
Функциональный класс ХСН:	
I ФК	27 (36 %)
II ФК	26 (34 %)
III ФК	2 (3 %)
Фракция выброса:	
$M \pm SD$, %	$59,3 \pm 10,3$
Больше 50%	68 (89%)

Оценивали количество пароксизмов ФП (общее число пароксизмов, которые имели место у больного), длительность анамнеза ФП (продолжительность рецидивирующей ФП у больного), частоту пароксизмов (количество пароксизмов у больного в месяц). Всем больным выполнена эхокардиография на седьмой день после медикаментозного восстановления синусового ритма. Тяжесть ХСН оценивали согласно критериям Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА). Для уточнения функционального класса ХСН использовали тест ходьбы в течение 6 минут. Сердечная недостаточность диагностирована у 55 (73 %) больных. I ФК ХСН имели 27 (36 %), II ФК – 26 (34 %), III ФК – 2 (3 %) больных. Измеряли рост, массу тела, окружность талии (ОТ) и толщину кожно-

жиро-вой складки над бицепсом, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Согласно критериям ВОЗ выделяли недостаточное питание (ИМТ < 18,5 кг/м²), нормальную массу тела (ИМТ = 18,5–24,9 кг/м²), избыточный вес (ИМТ = 25,0–29,9 кг/м²), ожирение I степени (ИМТ = 30–34,9 кг/м²), ожирение II степени (ИМТ = 35–39,9 кг/м²) и ожирение III степени (ИМТ более 40 кг/м²) [27]. Согласно Рекомендациям ВНОК (2010) абдоминальное ожирение диагностировали при окружности талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин [11]. Оценку компонентного состава тела проводили, используя формулу Watson (1980) [26], основанную на различном распределении общей воды тела (ОВТ) в тканях организма:

для мужчин:

$$\hat{OBT} = 2,447 - (0,09156 \times \hat{age}) + (0,1074 \times \hat{height}) + (0,3362 \times \hat{weight}),$$

для женщин:

$$\hat{OBT} = -2,097 + (0,1069 \times \hat{height}) + (0,2466 \times \hat{weight}),$$

где возраст – годы, рост – см, вес – кг.

По результатам расчета ОВТ определяли жировую массу тела (ЖМТ). Путем индексирования на м² роста рассчитывали индекс ОВТ, индекс ЖМТ. Определяли процентное содержание ЖМТ (% ЖМТ) от общей массы тела.

Для оценки качества жизни больных рецидивирующей ФП использовали Миннесотский опросник качества жизни больных хронической недостаточностью кровообращения (Living with Heart Failure) [25]. Опросник содержит 21 вопрос, ответы на которые давались больным самостоятельно на 7 день после восстановления синусового ритма. В итоге может быть набрана сумма от 0 баллов (невероятное, абсолютно хорошее качество жизни) до 105 (невероятное, катастрофически низкое качество жизни).

Тревожность оценивалась согласно шкале самооценки, разработанной Ч.Д.

Спилбергером и адаптированной Ю.Л. Ханиным, на 7 день после произведенной кардиоверсии. Оценивали уровень выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows 6.0. Достоверность различий между параметрами определяли при нормальном распределении параметров по критерию t Стьюдента для несвязанных переменных или Mann – Whitney U-test, если распределение отличалось от нормального. Проводился корреляционный анализ (в зависимости от вида распределения – Pearson или Kendall Tau). Для сравнения двух групп по качественному признаку использовали χ^2 Пир-сона. Данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD

– стандартное отклонение. Различие считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Среднее значение показателя качества жизни у больных рецидивирующей ФП составило 28 ± 19 баллов. Не выявлено статистически достоверной связи между КЖ и количеством пароксизмов ФП (Kendall Tau=0,06; $p=0,60$), их частотой (Kendall Tau=0,09; $p=0,43$). Следует отметить худшее КЖ у пациентов с анамнезом ФП

1 год и более по сравнению с больными, имевшими длительность ФП менее года (34 ± 22 и 16 ± 11 баллов соответственно; $p=0,03$)

(рис. 1). Вероятно, это связано с прогрессированием как основного заболевания, так и самой ФП. Хроническая сердечная недостаточность диагностирована нами у 73 % больных. КЖ больных не зависело от наличия или отсутствия ХСН (31 ± 19 и 17 ± 14 баллов соответственно; $p=0,085$). Возможно, это обусловлено тем, что у большинства пациентов тяжесть ХСН не превышала II ФК. 70 % обследованных пациентов с ФП имели ожирение или избыточный вес, 52 % – абдоминальное ожирение. Распределение больных в зависимости от ИМТ представлено на диаграмме (рис. 2).

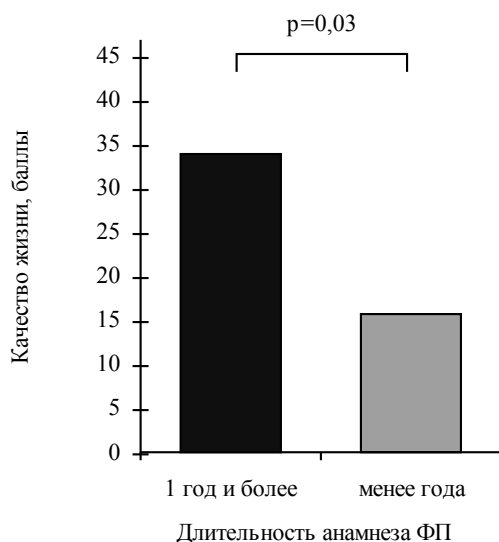


Рис. 1. Качество жизни больных рецидивирующей ФП в зависимости от длительности аритмологического анамнеза

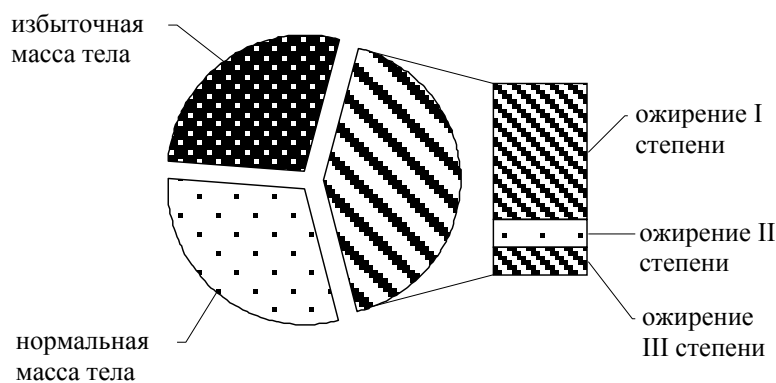


Рис. 2. Распределение больных с рецидивирующей фибрилляцией предсердий в зависимости от индекса массы тела

Не выявлено статистически достоверной связи между КЖ и ИМТ (Kendall Tau=0,09; p=0,46), ОТ (Kendall Tau=0,14; p=0,24), ЖМТ (Kendall Tau=0,08; p=0,51), индексом ЖМТ (Kendall Tau=0,16; p=0,19). Обнаружена прямая связь между качеством жизни и индексом общей воды тела (Kendall Tau=0,24; p=0,048). По данным литературы, наличие ожирения ассоциировано со снижением качества жизни как в сфере физического, так и психологического благополучия [4]. Уменьшение мышечной массы при ХСН также является дополнительным фактором снижения качества жизни [22]. Известно, что увеличение жира в организме приводит к пропорциональному уменьшению содержания общей воды тела [16; 17; 18], кроме того, ОВТ коррелирует с мышечной массой тела [15]. Таким образом, общая вода тела отражает изменение содержания в организме и мышечной массы тела, и жира, являясь интегральным показателем, в отличие от жировой массы, которая характеризует только один компонент состава тела [10]. Вероятно, поэтому индекс ОВТ в большей степени, чем ИМТ, ОТ, ЖМТ и индекс ЖМТ, связан с качеством жизни у больных ФП.

Среднее значение личностной тревожности (ЛТ) у больных ФП составило 44 ± 8 баллов, что соответствовало умеренному уровню. У 32 (42 %) пациентов отмечался высокий уровень ЛТ и только у 2 (3 %) – низкий. Среднее значение реактивной тревожности (РТ) составило 33 ± 9 баллов, что также соответствовало умеренному уровню, но при этом только у 10 (13 %) больных отмечался высокий уровень РТ. Не выявлено

статистически достоверной связи между ЛТ, РТ и количеством пароксизмов ФП (Kendall Tau=0,07; p=0,56 и Kendall Tau=0,10; p=0,42), их частотой (Kendall Tau=0,15; p=0,22 и Kendall Tau=-0,04; p=0,76). Обнаружена прямая связь между РТ, ЛТ и длительностью анамнеза ФП (Kendall Tau=0,41; p=0,003 и Kendall Tau=0,27; p=0,049). У пациентов с анамнезом ФП 1 год и более РТ была достоверно выше по сравнению с больными, имевшими длительность ФП менее года (36 ± 9 и 25 ± 9 баллов соответственно; p=0,02). Можно предположить, что с течением времени в связи с, как правило, имеющим место нарастанием частоты и продолжительности пароксизмов ФП, с появлением уверенности у больного в неизлечимости данного заболевания закономерно нарастает и психологическая напряженность, тревожность. Аналогично качеству жизни РТ и ЛТ больных не зависели от наличия или отсутствия ХСН (33 ± 8 и 32 ± 14 баллов соответственно, p=0,84; 45 ± 7 и 38 ± 8 баллов соответственно, p=0,06). Не выявлено статистически достоверной связи между РТ, ЛТ и ИМТ (Kendall Tau=-0,02; p=0,84 и Kendall Tau=0,13; p=0,31), ЖМТ (Kendall Tau=-0,04; p=0,75 и Kendall Tau=0,14; p=0,28). В то же время обнаружена прямая связь между ЛТ и толщиной кожно-жировой складки над бицепсом (Kendall Tau=0,32; p=0,01), выявлена обратная связь между ЛТ и ОВТ (Kendall Tau=-0,29; p=0,02). ЛТ была также достоверно выше в группе больных ФП с абдоминальным ожирением по сравнению с пациентами без увеличения ОТ (47 ± 8 и 40 ± 6 баллов соответственно; p=0,01) (рис. 3).

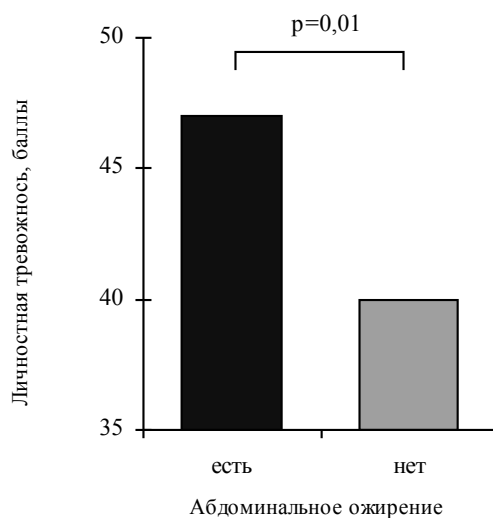


Рис. 3. Личная тревожность у больных рецидивирующей ФП в зависимости от наличия абдоминального ожирения

Аналогичная связь для РТ не выявлена, вероятно, в связи с тем, что этот вид тревожности представляет собой тревожность в данный момент в отличие от личностной тревожности, которая является устойчивой характеристикой человека и коррелирует с психосоматическими заболеваниями [1]. В понятие «качество жизни» включают такие аспекты существования индивидуума, как физическое состояние, эмоциональный, психологический и социальный статус [5]. Поскольку тревожность, несомненно, является одной из характеристик психического статуса, вероятно должна выявляться синхронность в изменении ее и качества жизни. При обследовании больных ФП выявлена прямая связь между уровнем качества жизни (более высокое количество баллов соответствует худшему качеству жизни) и РТ (Kendall Tau=0,50; $p=0,0001$), ЛТ (Kendall Tau=0,49; $p=0,0001$).

Заключение. Снижение качества жизни, повышение уровня тревожности у больных рецидивирующей ФП ассоциированы с длительностью анамнеза ФП и нарушением компонентного состава тела и не связаны количеством, частотой рецидивов ФП, выраженностью сердечной недостаточности.

Две трети больных с рецидивирующей ФП имеют избыточный вес тела или ожирение, а более половины пациентов –

абдоминальное ожирение. Уменьшение общей воды тела в большей степени, чем другие компоненты состава тела, связано с ухудшением качества жизни и повышением тревожности у больных ФП.

1. Вейн, А.М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания / А.М. Вейн, О.В. Воробьева, Г.М. Дюкова. – М. : Издательство фармацевтической фирмы Servier. – 2003. – С. 7.

2. Воробьев, А.Н. Распространенность и клиническая значимость синдрома недостаточности питания у пациентов с ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью / А.Н. Воробьев, С.С. Якушин // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2009. – №2. – С. 83–88.

3. Качество жизни больных с аритмиями и его динамика под влиянием барокамерной гипоксии / А.Б. Прокофьев [и др.] // Вестник аритмологии. – 2005. – №39. – С. 18–22.

4. Качество жизни у больных абдоминальным ожирением / А.В. Березина [и др.] // Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. – 2010. – №5. – С. 1–39.

5. Либис, Р.А. Оценка качества жизни у больных с аритмиями / Р.А. Либис, А.Б. Прокофьев, Я.И. Коц // Кардиология. – 1998. – №3. – С. 49–51.

6. Мерцательная аритмия / под ред. С.А. Бойцова. – СПб. : «ЭЛБИ-СПб», 2001. – 335 с. –

ISBN 5-93979-015-1.

7. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения / Г.Е. Гендлин [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2000. – №2. – С. 200–210.

8. Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – Т. 4. – № 4. – Приложение 1.

9. Недошивин, А.О. Исследование качества жизни и психологического статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин, А.Э. Кутузова, Н.Н. Петрова // Сердечная недостаточность. – 2000. – №1. – С. 148–151.

10. Общая вода тела как предиктор рецидива фибрилляции предсердий / М.В. Мензоров [и др.] // Вестник аритмологии. – 2011. – №64. – С. 23–28.

11. Российские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. – 2010. – Т. 3. – С. 5–26.

12. Шпак, Л.В. Состояние гемодинамики, эмоциональные расстройства и отношение личности к болезни при лечении нарушений сердечного ритма в амбулаторных условиях / Л.В. Шпак, А.Г. Кононова // Кардиология. – 1999. – №4. – С. 33–37.

13. Ardestani, A. Obesity and outcomes among patients with established atrial fibrillation / A. Ardestani, H.J. Hoffman, H.A. Cooper // Am J Cardiol. – 2010. – Vol. 106. – P. 369–373.

14. Berezin, F.B. Psychophysiological correlations in paroxysmal forms of cardiac rhythm disorders / F.B. Berezin, V.A. Bogoslovskii, A.N. Mi-khailov // Kardiologiia. – 1978. – Vol. 18. – P. 100–105.

15. Carvounis, C.P. Nutritional status of maintenance hemodialysis patients / C.P. Carvounis, G. Carvounis, M. Hung // American Journal of Clinical Nutrition. – 1986. – Vol. 43. – P. 946–954.

16. Further observations on total body water. I. Normal values throughout the life span / I.S. Edelman [et al.] // Surg Gynecol Obstet. – 1952. – Vol. 95. – №1. – P. 1–12.

17. Gundersen, K. Total Body Water in

Obesity Total Body Water in Obesity / K. Gundersen, G. Shen // Am J Clin Nutr. – 1966. – Vol. 19. – P. 77–83.

18. Harrison, J.E. Nutritional assessment / J.E. Harrison, K.G. McNeill // Blood Purif. – 1994. – Vol. 12. – №1. – P. 68–72.

19. Outcome parameters for AF trials—executive summary of an AFNET-EHRA consensus conference / P. Kirchhof [et al.] // Herzschrittmacherther Elektro-physiol. – 2007. – Vol. 18. – P. 259–268.

20. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study / S. Stewart [et al.] // Heart. – 2001. – Vol. 86. – P. 516–521.

21. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study / A.S. Go [et al.] // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2370–2375.

22. Quality-of-life assessment in patients with paroxysmal atrial fibrillation or paroxysmal supraventricular tachycardia / M.E. Hamer [et al.] // Am J Cardiol. – 1994. – Vol. 74. – P. 826–829.

23. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review / G. Thrall [et al.] // Am J Med. – 2006. – Vol. 119. – P. 448.

24. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system / M.P. Van Den Berg [et al.] // Eur. Heart J. – 2001. – Vol. 22. – P. 247–253.

25. Rector, T. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan / T. Rector, J. Cohn // Am. Heart J. – 1992. – Vol. 124. – №4. – P. 1017–1024.

26. Watson, P.E. Total body water volumes for adult males and females estimated from simple anthropometric measurements / P.E. Watson, I.D. Watson, R.D. Batt // Am J Clin Nutr. – 1980. – Vol. 33. – P. 27–39.

27. World Health Organization Expert Committee. Physical status, the use and interpretation of anthropometry / WHO Tech Rep Ser. – 1995. – P. 854.

QUALITY OF LIFE, ANXIETY IN PATIENTS WITH RECURRENT ATRIAL FIBRILLATION

M.V. Menzorov¹, A.M. Shutov¹, S.V. Shevchenko²,
E.V. Efremova¹, E.N. Menzorova¹

¹ *Ulyanovsk State University*

² *Central Clinical Hospital of Ulyanovsk*

The purpose of this study was to examine the interaction between quality of life (QF), anxiety and number of recurrence of atrial fibrillation (AF) in anamnesis, incidence of AF episodes, duration of arrhythmological anamnesis, severity of chronic heart failure, disturbance of body composition in patients with recurrent AF. The Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (MLHFQ) and Spielberger's State/Trait Anxiety Inventory (STAI) were used. These findings suggest that decrease of QF, increase anxiety is not associated with number of recurrence of atrial fibrillation in anamnesis, incidence of AF episodes, severity of chronic heart failure, but positive associated with duration of arrhythmological anamnesis and disturbance of body composition in patients with recurrent AF.

Keywords: recurrent atrial fibrillation, quality of life, anxiety, total body water, index total body water, body mass index, body composition, fat body weight.