

DOI: 10.21802/artm.2020.3.15.149.  
УДК 616-071+616.12-008.313+616.125

## КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Л.В. Середюк, І.П. Вакалюк

*Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, м. Івано-Франківськ, Україна,  
ORCID ID: 0000-0001-8708-7580, e-mail: 1992lesias@gmail.com  
ORCID ID: 0000-0002-4430-6816*

**Резюме.** Фібриляція передсердь (ФП) є найбільш поширеним хронічним порушенням ритму серця, зустрічається в 1-2% людей у загальній популяції. Підраховано, що 2,2 млн американців і 6 млн жителів Європи страждають пароксизмальною і персистою формами ФП. Доведено, що ФП асоціюється зі збільшеним ризиком інсульту, серцевої недостатності і смерті. Крім того, важливо відмітити тісний взаємозв'язок депресивних і тривожних розладів, адже вони можуть бути факторами ризику серцево-судинної смертності у пацієнтів з ФП.

**Метою** роботи було порівняти ефективність лікування постійної форми фібриляції передсердь шляхом аналізу психометричних шкал.

**Матеріали і методи.** Обстежено 62 пацієнта із постійною формою фібриляції передсердь на тлі психоемоційних розладів і без них. Оцінку психічного статусу визначали по шкалі самооцінки психосоціального стресу Л. Рідера, шкалі сприйманого стресу-10 (рівень стресу) і шкалі HADS (оцінка тривоги і депресії), PHQ-9. Використовували опитувальник стану здоров'я PHQ-15, шкалу рівня якості життя.

**Результати** проведеного дослідження засвідчують, що додавання мебікару до стандарту лікування сприяло зниженню клініко-психопатологічних ознак фібриляції передсердь і тривожно-депресивних розладів, з достовірною різницею в досліджуваних групах.

**Висновки.** Застосування в складі комплексної терапії пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь мебікару призводить до зниження тривожності, підвищеної переносимості психоемоційного навантаження, значного зменшення вегетативного дисбалансу, а також потенціює прояви депресивного настрою, поліпшує якість життя пацієнтів. Тоді як використання карведілолу і мебікару на фоні базової терапії підвищує толерантність до фізичних навантажень, позитивно впливає на зміни артеріального тиску завдяки блокаді  $\alpha$ ,  $\beta_1$ -адренорецепторів.

**Ключові слова:** скринінг, психосоціальний стрес, тривога, депресія, фібриляція передсердь.

### Вступ та обґрунтування дослідження.

Фібриляція передсердь (ФП) є однією з найпоширеніших різновидів аритмій в усьому світі [1, 2, 3, 4]. Близько 2,4 млн осіб в США і 6 млн жителів Європи страждають ФП. Припускають, що до 2050 року кількість хворих з ФП може скласти більше 5,6 млн [2]. Застійна серцева недостатність, цукровий діабет [5], артеріальна гіпертензія, гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ), куріння, системне запалення [4], старіння населення, чоловіча стать та ожиріння – це лише декілька факторів ризику, які збільшують частоту виникнення ФП [5].

Її частота з віком збільшується і досягає 6% серед осіб, старших 80 років, що свідчить про зростаючу роль ФП в структурі захворюваності населення [3]. Більше того, як чоловіки, так і жінки з ФП, мають високий ризик смертності, ніж особи, які не мають її [6]. Це загрожує пацієнтам числом ментальних «катастроф», серед яких «церебральні інсульти», кардіоцеребральні емболії, транзиторні ішемічні атаки [2]. Доведено, що смертність і тромбоемболічні ускладнення у цих пацієнтів приблизно в 2 рази вищі, чим у хворих з синусовим ритмом [1].

Однак, істотне значення у виникненні і прогресуванні ФП надається і екстракардіальним факторам, таким як емоційний стан пацієнта, наявність психотравмуючих ситуацій. Тому оцінка психоемоційного статусу у пацієнтів з ФП, особливо наявність тривоги і депресії, які за даними літератури сприяють розвитку аритмій, є досить актуальною задачею [1].

Згідно з епідеміологічними дослідженнями встановлений достовірний взаємозв'язок між тривогою, депресією і розвитком серцево-судинних захворювань (ССЗ) в загальній популяції, що пов'язано з низьким рівнем освіти, високим рівнем хронічного психоемоційного стресу і пережитими гострими стресами великої потужності [7], недостатньою соціальною підтримкою [2]. При обстеженні хворих з ФП частина дослідників звертає увагу на тривожно-фобічні реакції, які виявляються більше ніж у половини таких пацієнтів на фоні епізодів пароксизмів аритмії [9]. Основними симптомами депресії є відчуття безнадійності, провини, безпорадності, думки про самогубство, дратівливість, втрата інтересу до навколишнього середовища, порушення концентрації уваги і пам'яті, порушення сну і апетиту [8].

Було проведено декілька досліджень, які концентрувалися на ролі депресії та тривожності у пацієнтів з ФП [5]. Доказано, що у 23,3% хворих з наявністю пароксизмальної і в 28,4% хворих з постійною формами ФП має місце посилення рівня клінічної тривоги і депресії [3]. Констатовано, що вплив цих станів на ризик смертності у пацієнтів з ФП був значно вищий порівняно з аналогами без депресії [6].

Узагальнюючи особливості психічної дезадаптації при ССЗ, зазначимо, що найчастіше у хворих зустрічаються психічні розлади афективного спектру, що проявляються симптомами тривоги і депресії, які можуть поєднуватися з порушенням іпохондричного характеру [1].

**Метою** роботи було порівняти ефективність лікування постійної форми фібриляції передсердь шляхом аналізу психометричних шкал.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 62 пацієнти із постійною формою фібриляції передсердь на тлі психоемоційних розладів і без них. У якості зниження емоційних проявів використовували мебікар. Із метою порівняння ефективності лікування хворих розподілено на 4 групи. Групу 1 (n=16) склали пацієнти, що отримували тільки стандартне лікування. До групи (n=15) увійшли пацієнти, яким на тлі стандартного лікування було застосовано мебікар (по 500 мг двічі на добу). Групу 3 (n=15) склали пацієнти, яким до стандартного лікування додавали карведілол (по 6,25 мг двічі на добу). Групу 4 представили пацієнти (n=16), що отримували до стандартного лікування карведілол і мебікар. Клінічне обстеження включало з'ясування скарг, анамнезу захворювання, фізичні методи обстеження хворих.

Для оцінки психоемоційного статусу використовувалась шкала психосоціального стресу Л. Рідера для скринінгу оцінки невротизації обстежених; шкала сприйманого стресу-10 оцінювалась по рівню стресу, як низький (0-13), середній (14-26) і високий (27-40); госпітальна шкала тривоги і депресії: 0-7 балів – норма, 8-10 балів – субклінічна тривога і депресія, 11 і більше балів – клінічно виражена тривога і депресія; опитувальник стану здоров'я RHQ-15 – для оцінки розладів соматизації. Сума балів диференціюється за 4 критеріями оцінювання: 0-4 – відсутність розладу; 5-9 – легкий розлад соматизації; 10-14 – помірний розлад та більше 15 – важкий розлад соматизації. RHQ-9 призначена для виявлення проявів депресії, розподілених за ступенем депресивного стану. При сумі балів від 0-4 констатовано відсутність депресії, при сумі 5-9 – легку депресивну симптоматику, при 10-14 – помірну депресивну симптоматику, при 15-19 – виражені депресивні розлади, 20-27 – депресія важкого ступеня. Анкета визначення соціальних факторів оцінювала 28 пунктів щодо їх впливу на стан здоров'я пацієнтів. Шкала оцінки рівня життя діагностувала рівень якості життя пацієнтів.

Статистичну обробку отриманих результатів піддавали математично-статистичному аналізу з використанням комп'ютерної програми STATISTIKA-6 і пакета статистичних функцій програми "Microsoft Office Excel", класичних методів варіаційної статистики. Наявність відмінностей між досліджуваними

показниками оцінювали за критерієм Стьюдента. Р-значення менше 0,05 ( $p < 0,05$ ) вважалося статистично значущим. Р-значення менше 0,001 вважають статистично високозначущим ( $p < 0,001$ ). Р-значення більше 0,05 ( $p > 0,05$ ) вважали статистично незначущим.

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

У пацієнтів відповідних груп, тривожно-депресивні розлади впливали на перебіг постійної форми фібриляції передсердь. Серед клінічної симптоматики переважали відчуття перебоїв ( $p_{1-2} < 0,001$ ), поодинокі випадки прискореного серцебиття ( $p < 0,01$ ), прояви задишки при фізичних навантаженнях і у спокої ( $p_1 < 0,01$ ), ( $p_1 < 0,05$ ). Так, болі в грудній клітці відмічалися у хворих першої і третьої груп в два рази частіше, ніж у пацієнтів з високим рівнем тривожно-депресивної симптоматики ( $p_2 < 0,05$ ). Прихильність хворих до лікування артеріальної гіпертензії виявилася достатньо високою в групі стандартного лікування + карведілол + мебікар і знизилася з 66,67% до 20,0% ( $p_2 < 0,05$ ), а у групі за стандартного лікування + карведілол з 40,0% до 33,33% ( $p_2 < 0,05$ ). Аналогічна тенденція спостерігалася в групі стандартного лікування, але без достовірної різниці ( $p_2 > 0,05$ ).

Для виявлення взаємозв'язку між постійною формою фібриляції передсердь і психоемоційними станами був проведений аналіз клінічних проявів астено-невротичного синдрому. Як показав критерій Стьюдента, між досліджуваними групами існує статистично значима відмінність ( $p_{1-2} < 0,001$ ). Під впливом проведеного лікування симптоматика цих проявів зменшилася у відповідних групах порівняння. У групі хворих, що отримували мебікар, знижувалася частка осіб з вираженими головними болями з 80,0% до 13,33% ( $p_2 < 0,05$ ). Здебільшого вони виникали в пацієнтів з підвищеною метеочутливістю, при зміні погодних умов, в період магнітних коливань та при фізичних навантаженнях.

Надмірне накопичення рідини в клітинах м'язових тканин нижніх кінцівок спостерігалася в усіх групах хворих. У процесі лікування знизився процент осіб з набряками нижніх кінцівок з 100,0% до 6,67% в групі, де приймали мебікар ( $p_1 < 0,001$ ), і з 81,25% до 31,25% ( $p_2 < 0,05$ ) в групі стандартного лікування. Схожа тенденція спостерігалася при ослаблених тонах серця, встановлено, що в динаміці лікування відсоток зменшувався зі 100,0% до 40,0% ( $p_2 < 0,001$ ), а в групі базового лікування з 75,0% до 37,50% ( $p_2 < 0,001$ ). Вплив стану печінки на перебіг фібриляції передсердь характеризувався проявами серцевої недостатності за рахунок зниженої фракції викиду лівого шлуночка, що призводило до зниження печінкового кровотоку. Тому у хворих з психоемоційними станами гепатоспленомегалія зустрічалася значно частіше, ніж в хворих без цих станів. Зокрема, проведене лікування сприяло зниженню частки осіб з 93,33% до 33,33% ( $p_2 < 0,001$ ).

Із метою вивчення фармакодинаміки препаратів на перебіг постійної форми фібриляції передсердь досліджували показники гемодинаміки. Констатовано, що зниження кінцево-діастолічного об'єму супроводжуються вірогідно значнішим зниженням діастолічного артеріального тиску (АТ) ( $86,13 \pm 3,56$  проти  $79,17 \pm 2,71$ ) мм.рт.ст. ( $\Delta \% +8,09$  vs  $-7,59$ ),

вірогідним уповільненням частоти серцевих скорочень (ЧСС) ( $102,27 \pm 4,78$  vs  $81,17 \pm 5,46$ ) уд/хв ( $\Delta \% +20,64$  vs  $-11,58$ ) ( $p_1 < 0,01$ ) і пульсу ( $87,80 \pm 3,10$  vs  $74,50 \pm 2,73$ ) уд/хв ( $\Delta \% +15,15$  vs  $-10,25$ ) ( $p_1 < 0,01$ ), а також дефіциту пульсу ( $18,33 \pm 2,43$  vs  $12,0 \pm 1,97$ ) ( $\Delta \% +34,54$  vs  $-11,57$ ) ( $p_1 < 0,05$ ). Не встановлено статистичної достовірності за систолічного АТ при цій тривалості спостереження ( $p_{1-2} > 0,05$ ). Однак у групі, де отримували карведілол, рівень систолічного АТ збільшувався ( $122,0 \pm 2,66$  проти  $134,29 \pm 4,42$ ) мм.рт.ст. ( $\Delta \% +5,43$  vs  $-10$ ) ( $p_2 < 0,05$ ), а також дефіцит пульсу ( $12,40 \pm 3,59$  vs  $16,29 \pm 3,21$ ) ( $\Delta \% +31,37$  vs  $-89$ ) ( $p_2 < 0,05$ ). Аналогічна тенденція спостерігалася при показниках ЧСС і пульсу, але без статистичної достовірності ( $p_{1-2} > 0,05$ ).

Водночас хворі, що отримували стандартне лікування + карведілол + мебікар, на відміну від групи стандартного лікування + мебікар демонстрували збільшення показників ЧСС і дефіциту пульсу ( $79,13 \pm 1,75$  vs  $92,50 \pm 3,02$ ) уд/хв і ( $8,13 \pm 1,32$  vs  $20,83 \pm 3,12$ ) ( $p_2 < 0,05$ ). Однак, слід врахувати, що рівень середнього АТ зменшувався з  $103,50 \pm 3,76$  до  $87,67 \pm 2,80$  ( $\Delta \% +15,3$  до  $-10,77$ ) ( $p_2 < 0,05$ ). Не відмічено суттєвої різниці між показниками артеріального тиску в цій групі, однак у групі стандартного лікування виявлено зниження систолічного і діастолічного тиску ( $p_1 < 0,01$ ). У зіставленні груп стандартне лікування і стандартне лікування +

карведілол виявлена тенденція до зниження середнього АТ ( $97,5 \pm 2,64$  проти  $93,27 \pm 2,15$ ) ( $p_1 < 0,01$ ). Відсоток достовірних змін показника зменшувався на  $8,46\%$  і  $12,07\%$  відповідно.

Наступним моментом нашого дослідження була оцінка психометричних шкал.

Під час аналізу шкали психосоціального стресу Л. Рідера (табл.1) встановлено вірогідність різниці показників у динаміці лікування в усіх групах хворих. Під впливом стандартної терапії рівень стресу зменшився на  $13\%$ , однак цей показник був не достовірним, незважаючи на те, що в цій групі знизилась кількість хворих з високого до середнього рівня стресу. У процесі лікування пацієнтів анксиолітичним препаратом слід відмітити достовірне зниження показників психосоціального стресу ( $p_{1-2} < 0,001$ ).

Необхідно врахувати, що в осіб досліджуваної групи виявлено найвищий показник високого рівня стресу відносно груп порівняння – ( $73,3\%$ ) проти ( $37,5\%$ ), ( $20,0\%$ ) і ( $25,0\%$ ). Крім того, наприкінці другої неділі лікування рівень стресу знизився на  $25\%$ , тоді як у хворих, що приймали карведілол, показник склав  $18,58\%$ . Своєю чергою, поєднана фармакотерапія також сприяла зниженню рівня стресу ( $p_1 < 0,001$ ), ( $p_2 < 0,05$ ), незважаючи на те, що у цій групі переважала частка осіб із середнім рівнем стресу.

Таблиця 1

**Динаміка показників шкали психосоціального стресу Л. Рідера у хворих з постійною формою фібриляції передсердь у процесі лікування**

Показники, одиниці виміру	Стандарт лікування			Стандарт лікування + мебікар			Стандарт лікування + карведілол			Стандарт лікування + карведілол + мебікар		
	До лікування	Після лікування	Через 1,5 місяці	До лікування	Після лікування	Через 1,5 місяці	До лікування	Після лікування	Через 1,5 місяці	До лікування	Після лікування	Через 1,5 місяці
Оцінка сприйняття стресу, бали	$1,67 \pm 0,23$	$1,23 \pm 0,14$ $p_1 > 0,05$ $\Delta: 35,93$ $\Delta: 26,35$	$1,07 \pm 0,15$ $p_1 < 0,05$ $\Delta: 13$	$2,13 \pm 0,09$	$1,60 \pm 0,10$ $p_1 < 0,00$ $1 \Delta: 54$ $\Delta: 25$	$0,98 \pm 0,16$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $\Delta: 38,7$	$1,40 \pm 0,17$	$1,14 \pm 0,16$ $p_1 > 0,05$ $\Delta: 48,58$ $\Delta: 18,58$	$0,72 \pm 0,16$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$ $\Delta: 36,85$	$1,76 \pm 0,18$	$1,28 \pm 0,16$ $p_1 > 0,05$ $\Delta: 59,66$ $\Delta: 27,28$	$0,71 \pm 0,15$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$ $\Delta: 44,54$
Низький	5 (31,2%)	6 (37,5%)	5 (33,3%)	-	1 (6,66%)	3 (50,0%)	4 (26,6%)	6 (40,0%)	5 (33,33%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)	-
Середній	5 (31,2%)	8 (50,0%)	5 (33,3%)	4 (26,6%)	12 (80,0%)	3 (50,0%)	8 (53,3%)	8 (53,3%)	2 (13,33%)	9 (62,5%)	8 (50,0%)	2 (12,50%)
Високий	6 (37,5%)	2 (12,5%)	-	11 (73,3%)	2 (13,3%)	-	3 (20,0%)	1 (6,66%)	-	4 (25,0%)	2 (12,5%)	4 (25,0%)

**Примітка:**  $p_1$  – достовірність різниці показників порівняно з величиною до і після лікування;  $p_2$  – достовірність різниці показників порівняно з величиною через 1,5 місяці лікування ( $p < 0,05$ );  $\Delta\%$  – відсоток достовірних змін показника.

Динаміка показників шкали сприйманого стресу-10 у хворих з постійною формою ФП в динаміці лікування показала зниження стресостійкості вже через 2 тижні і через півтора місяці лікування. У процесі терапії зменшувалася частка осіб із високим і середнім рівнем стресу відповідно на  $31,43\%$  в групі стандартного лікування, і на  $39,95\%$  в групі хворих, де застосовувався мебікар. Слід відмітити, що в осіб цієї ж групи до лікування переважав високий рівень стресу, а середній рівень зустрічався значно рідше.

Частка високого рівня стресу знизилась з  $53,34$  до  $6,66\%$ . У цій групі хворих зниження бальної оцінки стресу склало  $17,78\%$ . Констатовано, що в когорті хворих, що приймали карведілол, рівень сприйманого стресу зменшився на  $25,89\%$ , а в групі, де використовували мебікар, – на  $13,68\%$ . Порівняльна характеристика градацій стресу свідчить, що в цій групі переважала кількість хворих з високим рівнем стресу ( $31,25\%$ ) проти ( $13,33\%$ ). Крім того, проведене нами лікування підтверджує достовірність різниці показ-

ників ( $p_1 < 0,01$ ), ( $p_2 < 0,05$ ) в обох групах відносно даних до моменту госпіталізації.

За результатами госпітальної шкали тривоги і депресії у хворих, що отримували стандартне лікування, через 1,5 місяці після проведеної терапії рівень тривоги знизився, порівняно з вхідним рівнем на 25,47%, а депресії на 13,05%. Рівень тривоги у осіб, що отримували мебікар, склав 73,61% ( $p_2 < 0,001$ ), тоді як рівень депресії зменшився на 76,03% ( $p_2 < 0,001$ ), що свідчить про позитивну динаміку лікування. Встановлено, що на фоні психофармакотерапії у пацієнтів з ФП відмічено редукцію з клінічного до субклінічного рівня тривоги і депресії. Слід зазначити, що проведений курс терапії карведилолом негативно вплинув на перебіг тривоги і депресії. Відсоток достовірних змін показника склав -19,4 і -9% відповідно. Хоча в процесі лікування показники покращувалися ( $p_2 < 0,05$ ) з вірогідною різницею порівняння. У половини пацієнтів переважав клінічний рівень тривоги і депресії, у третини субклінічний рівень, і у частини хворих спостерігали відсутність цих розладів. Клінічні спостереження свідчать, що поєднана терапія неселективним адrenomоблокатором і транквілізатором сприяє оптимальному лікувальному ефекту, по відношенню до тривоги і депресії ( $p_2 < 0,01$ ). Це сприяло поліпшенню стану хворих з клінічним і субклінічним рівнем тривоги і депресії, що пояснює відсоткове зменшення цих показників в процесі лікування.

Динаміка спостереження опитувальника стану здоров'я PHQ-15 свідчить, що в групі, де використовувалася стандартна терапія, переважав легкий розлад соматизації, в групі з додаванням транквілізатора переважали важкий і помірний розлади соматизації, з вірогідною різницею в групах. Відсоток соматоформних порушень зменшувався в групі з тривожно-депресивною симптоматикою на 67,25%, однак у осіб з цією ж патологією із застосуванням карведилолу прояви соматичних станів збільшувалися на 50%. Це зумовлено порушенням хворими призначеного режиму лікування. Завдяки проведеній терапії відсоток порушень розладів соматизації, пов'язаних з тривогою і депресією, зменшувався з 26,66% і 73,34% до повної відсутності проявів ( $p_2 < 0,05$ ).

Аналіз анкети соціальних факторів у хворих із постійною формою фібриляції передсердь встановив достовірність показників у групах порівняння. Так, у групі стандартного лікування переважали погіршення стосунків в сім'ї ( $p_1 < 0,05$ ), наявність нервової атмосфери вдома ( $p_1 < 0,05$ ), вплив засобів масової інформації ( $p_2 < 0,05$ ), політичні події ( $p_2 < 0,01$ ), загроза безробіття для близьких і рідних ( $p_2 < 0,01$ ). Аналогічна тенденція спостерігалася у групі стандартного лікування + мебікар: за матеріальними труднощами ( $p_2 < 0,05$ ), погіршенням стосунків чоловік, дружина, батьки, діти, друзі ( $p_2 < 0,05$ ), погіршенням взаєморозуміння ( $p_2 < 0,05$ ), наявністю нервової атмосфери вдома ( $p_1 < 0,05$ ), співчуттям чи перейманням за родичами ( $p_2 < 0,05$ ), погіршення здоров'я членів сім'ї ( $p_2 < 0,001$ ), вплив навколишнього середовища ( $p_2 < 0,05$ ), вплив засобів масової інформації ( $p_2 < 0,05$ ), політичні події ( $p_1 < 0,001$ ). Завдяки комплексному

лікуванню відсоток соціальних факторів статистично зменшувався в цій групі.

Водночас у групі хворих, що отримували карведилол, найчастіше зустрічалася погіршення взаєморозуміння ( $p_1 < 0,05$ ), наявність нервової атмосфери вдома ( $p_1 < 0,05$ ), переймання за близькими ( $p_2 < 0,01$ ), погіршення здоров'я членів сім'ї ( $p_2 < 0,05$ ), вплив навколишнього середовища ( $p_1 < 0,01$ ), політичні події ( $p_1 < 0,05$ ).

У групі хворих, де використовувався карведилол і мебікар, частка пацієнтів із матеріальними труднощами знизилася з 80,0% до повної відсутності ( $p_2 < 0,01$ ). Подібні зміни виникали при впливі навколишнього середовища на організм пацієнтів з 12 (80,0%) випадків до 3 (20,0%) випадків ( $p_2 < 0,05$ ), впливі засобів масової інформації з 7 (46,67%) випадків до 1 (6,67%) випадку ( $p_2 < 0,01$ ). Досить цікавим для цієї групи було вживання алкоголю близькими та рідними у 5 (33,33%) випадках до відсутності проявів ( $p_1 < 0,05$ ), відповідно. Крім того, у пацієнтів ресстрували погіршення взаєморозуміння у 9 (60,0%) випадках ( $p_1 < 0,01$ ), наявність нервової атмосфери вдома в 4 (26,67%) випадках ( $p_1 < 0,05$ ), зменшення спілкування поза домом у 6 (40,0%) випадках ( $p_1 < 0,01$ ), обмеження часу перегляду телепрограм у 4 (26,67%) випадках ( $p_1 < 0,05$ ). Враховуючи економічну нестабільність нашої країни, у 9 (60,0%) випадках спостерігали загрозу безробіття для близьких і рідних ( $p_2 < 0,05$ ). Політична дискусія виникала у 6 (40,0%) випадках ( $p_1 < 0,05$ ).

При аналізі результатів, отриманих під час опитувальника стану здоров'я PHQ-9, ми дослідили, що бальна оцінка депресії у групі стандартного лікування і в групі, де приймали карведилол, збільшувалася в динаміці ( $p_2 < 0,05$ ) на 38% і 4% відповідно. Встановлено, що у цих групах переважала депресія помірної і легкого ступеня вираженості.

Під час фармакотерапії частка осіб з депресією зменшувалася на 61,54% ( $p_2 < 0,001$ ) у групі з анксиолітичною терапією і на 6,25% у групі, де застосовувався карведилол і мебікар. Доведено, що в пацієнтів даних груп переважає важкий і виражений ступінь депресії. Відсоток пацієнтів з помірним ступенем знизилася з 40,0% до 33,33%, із вираженим – з 33,34% до 13,34%, а з важким – з 26,66% до повної відсутності.

У ході досліджень були встановлені статистично значущі відмінності у вхідних показниках якості життя в когорті хворих із симптомами тривоги і депресії. На момент обстеження середній рівень життя в цій групі був вищим, ніж в контрольній групі, однак незважаючи на це, бальна оцінка якості життя збільшувалася на 29,9% ( $p_1 < 0,001$ ). Не можна виключати, що одним із факторів, що обумовило ці відмінності, був той, що пацієнти цієї групи самостійно скасовували призначене лікування.

Таким чином, включення мебікару до стандартної схеми лікування фібриляції передсердь у пацієнтів з тривожно-депресивною симптоматикою потенціює прояви астено-вегетативного синдрому, сприяє редукції стресу, тривоги і депресії, покращує якість життя.

**Висновки:**

1. Додавання мебікару до стандартної схеми лікування сприяло корекції клінічних симптомів фібриляції передсердь, проявів астено-вегетативного синдрому, показників гемодинаміки, зниженню бальної оцінки рівня стресу, тривоги, депресії і розладів соматизації.
2. Включення до стандартного лікування карведілолу і мебікару вплинуло на показники артеріального тиску ( $p_2 < 0,05$ ), рівень стресу, тривоги і депресії ( $p_2 > 0,05$ ).

**References:**

1. Evsina OV. Otsenka psikhoeemotsyonalnoho statusu z fibryliatsiei predserd: rasprastraniennost depesii i trevogi, kachestvo zhyzni. Vestnik Ivanovskoi meditsynskoi akademii. 2007; 3(4):90-91.
2. Mikhiel ND. Korsunova EN. Psychodinamicheskoie i kognityvnoie izmeneniia u patsientov s ishemiceskoi boliezny serdtsa. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniia. 2015; 3:27.
3. Epifanov VG. Osobennosti okazaniia i taktiku vedeniia bolnykh s fibryliatsiei predserd na dogospitalnom etapie. Sybirskii meditsynskii zhurnal. 2010; 5:79-82.
4. Kivimaki M, Nyberg ST. Long working hour as a risk factor for atrial fibrillation: a multi-cohort study. Eur Heart J. 2017; 38(34):2621-2628.
5. Patel D, Mc Conkey ND. A Systematic review of depression and anxiety in patients with atrial fibrillation the mind-heart link. 2013; 2013:159850.
6. Wandel P. Depression or anxiety and all-cause mortality in adults with atrial fibrillation – A cohort study in Swedish primary care. Ann Med. 2016; 48(1-2):59-66.
7. Nikolaiev EL. Osobienosti psikhicheskoi dezadaptatsii pry serdiechno -sosudistyx zabolievani. Vestnik Chuvashskoho universiteta. 2013; 4:209-212.
8. Nuralieva NF. Depresia i serdechno-sosydistyie zabolievaniia. Vestnik Rosiiskoi akademii meditsynskikh nauk. 2014; 9(10):21-26.
9. Medvedev VE. Psychodinamicheskoie korreliatsii pru fibryliatsiei predserd. Nevrologia, neiropsichiatria, psichosomatyka. 2016; 4:45-49.

УДК 612.176+612.12-008.331+616.125

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
ХАРАКТЕРИСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С  
ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ  
ПРЕДСЕРДИЙ**

Л.В. Середюк, И.П. Вакалюк

*Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины №2 и медестринства, г. Ивано-Франковск, Украина,  
ORCID ID: 0000-0001-8708-7580,  
e-mail: 1992lesias@gmail.com,  
ORCID ID: 0000-0002-4430-6816*

**Резюме.** Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным хроническим нарушением ритма сердца, встречается в 1-2% людей

в общей популяции. Подсчитано, что 22 млн американцев и 6 млн жителей Европы страдают пароксизмальной и персистирующей формами ФП. Доказано, что ФП ассоциируется с повышенным риском инсульта, сердечной недостаточности и смерти. Кроме того, важно отметить тесную взаимосвязь депрессивных и тревожных расстройств, ведь они могут быть факторами риска сердечно-сосудистой смертности у пациентов с ФП.

**Целью** работы было сравнить эффективность лечения постоянной формы фибрилляции предсердий путем анализа психометрических шкал.

**Материалы и методы.** Обследовано 62 пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий на фоне психоэмоциональных расстройств и без них. Оценку психического статуса определяли по шкале самооценки психосоциального стресса Л. Ридера, шкале воспринимаемого стресса-10 (уровень стресса) и шкале HADS (оценка тревоги и депрессии), PHQ-9. Использовали опросник состояния здоровья PHQ-15, шкалу качества жизни.

**Результаты** проведенного исследования свидетельствуют, что добавление мебикара к стандарту лечения способствовало снижению клинико-психопатологических признаков фибрилляции предсердий и тревожно-депрессивных расстройств, с достоверной разницей в исследуемых группах.

**Выводы.** Применение в составе комплексной терапии пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий мебикара приводит к снижению тревожности, повышенной переносимости психоэмоциональной нагрузки, значительному уменьшению вегетативного дисбаланса, а также потенцирует проявления депрессивного настроения, улучшает качество жизни пациентов. Тогда как, использование карведилола и мебикара на фоне базовой терапии повышает толерантность к физическим нагрузкам, положительно влияет на изменения артериального давления, благодаря блокаде  $\alpha$ ,  $\beta$ 1- адренорецепторов.

**Ключевые слова:** скрининг, психосоциальный стресс, тревога, депрессия, фибрилляция предсердий.

UDC 612.176+612.12-008.331+616.125

**CLINICAL-PSYCHOLOGICAL  
CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH A  
PERMANENT FORM OF ATRIAL FIBRILLATION**

L.V. Seredyuk, I.P. Vakaliuk

*Ivano-Frankivsk National Medical University,  
Department of Internal Medicine №2 and Nursing,  
Ivano-Frankivsk, Ukraine,  
ORCID ID: 0000-0001-8708-7580,  
e-mail: 1992lesias@gmail.com,  
ORCID ID: 0000-0002-4430-6816*

**Abstract.** Atrial fibrillation (AF) is the most common chronic heart rhythm disorder that occurs in 1-2% of people in the general population. It is estimated

that 2.2 million Americans and 6 million Europeans suffer from paroxysmal and persistent AF. AF has been shown to be associated with an increased risk of stroke, heart failure and death. However, significant importance in the occurrence and progression of AF is given to extracardiac factors, such as the emotional state of the patient, the presence of traumatic situations. Therefore, the assessment of psycho-emotional status in patients with AF, especially the presence of anxiety and depression, which according to the literature contribute to the development of arrhythmias, is a very important task. Studies focusing on the role of depression and anxiety in AF patients have shown that 23,3% of patients with paroxysmal and 28,4% of patients with persistent AF have increased levels of clinical anxiety and depression. Therefore, further research is needed to clarify the clinical significance, diagnostic efficacy of new treatments and screening for atrial fibrillation to reduce the risk of its complications.

**The aim of the study** was to compare the effectiveness of treatment of persistent atrial fibrillation by analyzing psychometric scales.

**Materials and methods.** We examined 62 patients with a permanent form of atrial fibrillation on the background of psycho-emotional disorders and without them. In order to compare the effectiveness of treatment, patients were divided into 4 groups: 1 group (n=16) consisted of patients who received standard treatment, group 2 (n=15) - standard treatment + mebicar. The third group (n=15) included patients receiving carvedilol. The fourth group (n=16) consisted of patients to whom carvedilol and mebicar were added to standard treatment. Assessment of mental status was determined by the self-assessment of psychosocial stress L. Reeder, the scale of

perceived stress-10 (stress level) and the HADS scale (assessment of anxiety and depression), PHQ-9. We used the PHQ-15 health questionnaire, questionnaire to identify social factors that may affect health, the quality of life scale.

**The results of the study** show that the addition of mebicar to the standard of treatment helped to reduce clinical and psychopathocharacterological signs of atrial fibrillation and anxiety and depressive disorders, with a significant difference in the study groups. At the same time, patients in the standard treatment and standard treatment + carvedilol groups had an increase in blood pressure, heart rate, while the addition to standard treatment + carvedilol, mebicar, on the contrary, helped to reduce blood pressure, heart rate, heart rate and mean blood pressure ( $p_2 < 0.01$ )

**Conclusions.** The use of mebicar in the complex therapy of patients with permanent atrial fibrillation leads to a decrease in anxiety, increased tolerance of psycho-emotional load, a significant reduction in autonomic imbalance, and potentiates the manifestations of depressive mood, improves the quality of life of patients. Whereas, the use of carvedilol and mebicar on the background of basic therapy increases exercise tolerance, has a positive effect on changes in blood pressure due to blockade of  $\alpha$ ,  $\beta_1$ -adrenoceptors.

**Keywords:** screening, psychosocial stress, anxiety, depression, atrial fibrillation.

Стаття надійшла в редакцію 18.09. 2019 р.