

нальная асимметрия мозга. Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия. М.: Научный мир, 2004;219–57.
 7. Ефремов В.С. Функциональная асимметрия полушарий мозга в процессе зрительного восприятия у больных шизофренией с продуктивной и негативной симптоматикой. Журн неврол и психиатр 1986;1:97–102.
 8. Yust-Katz S., Tesler D., Treves T.A. et al. Handedness as a predictor of side of onset of Parkinson's disease. Parkinson Relat Disord 2008;14:633–5.
 9. Uitti R.J., Baba Y., Whaley N.R. et al. Parkinson disease: handedness predicts asym-

metry. Neurology 2005;64:1925–30.
 10. Зенков Л.П. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептиологии. Рук-во для врачей. М.: МедПресс, 2004;368 с.
 11. Barrett M.J., Wylie S.A., Harrison M.B. et al. Handedness and motor symptom asymmetry in Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010;80:29–33.
 12. Шамликашвили Ц.А. Латерализованные формы паркинсонизма (клинические, электрофизиологические и психомоторные соотношения). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1989.
 13. Рогожин В.А., Рожкова З.З., Карабань

Н.В. Магниторезонансная спектроскопия (Н МРС) как метод диагностики особенностей метаболизма головного мозга у пациентов с болезнью Паркинсона. Клин достижения 2005;34(48):74–7.
 14. Фокин В.Ф., Боравова А.И., Галкина Н.С. и др. Стационарная и динамическая организация функциональной межполушарной асимметрии. В кн.: Рук-во по функциональной межполушарной асимметрии. М.: Научный мир, 2009;389–428.
 15. Jayasundar R. Human brain: biochemical lateralization in normal subjects. Neurol India 2002;5:267–71.

Е.М. Илларионова, Н.П. Грибова, И.В. Отвагин

Смоленская государственная медицинская академия

Клинико-психологический анализ системного (вестибулярного) и несистемного (психогенного) головокружения, оптимизация терапии

Целью работы явились изучение клинических и психоэмоциональных особенностей у больных с системным и несистемным головокружением, оптимизация терапии.

Пациенты и методы. Проанализированы клинические особенности у 25 больных с системным и 25 больных с психогенным головокружением. Изучение психоэмоциональной сферы проводилось с помощью опросника Бека, теста на определение личностной и ситуационной тревожности Спилбергера—Ханина, вестибулярного опросника.

Результаты исследования. Отмечены статистически значимое отличие клинических показателей и увеличение выраженности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с психогенным головокружением. Констатирована эффективность сочетания медикаментозных методов и упражнений на стабилометрической платформе с принципом биологически обратной связи у пациентов с различными типами головокружения, особенно с психогенным головокружением.

Ключевые слова: системное головокружение, несистемное головокружение, клинико-психологический анализ, лечение, стабилометрия.
Контакты: Елена Михайловна Илларионова la__lena@mail.ru

Clinico-psychological analysis of systematic (vestibular) and nonsystematic (psychogenic) vertigo, therapy optimization

*E.M. Illarionova, N.P. Gribova, I.V. Otvagin
 Smolensk State Medical Academy*

Objective: to study the clinical and psychoemotional characteristics in patients with systematic and nonsystematic vertigo and to optimize therapy.

Patients and methods. The clinical features were analyzed in 25 patients with systematic vertigo and 25 patients with psychogenic vertigo. Their psychoemotional sphere was studied using the Beck depression inventory, the Spielberger—Khanin personality- and situation-related anxiety inventory, and the vestibular inventory.

Results. There were statistically significant clinical differences and a higher degree of anxiety-depressive disorders in the patients with psychogenic vertigo. Drug therapy in combination with stabilometric platform exercises based on the biological feedback principle was stated to be effective in patients with different types of vertigo, in those with psychogenic dizziness in particular.

Key words: systematic vertigo, nonsystematic vertigo, clinico-psychological analysis, treatment, stabilometry.

Contact: Elena Mikhailovna Illarionova la__lena@mail.ru

Головокружение — одна из самых частых патологий, ассоциированных с выраженным дистрессом и снижением качества жизни пациентов. Значительная распространен-

ность данного феномена в популяции требует совершенствования методов диагностики этой сложной многокомпонентной патологии [1, 2].

Существует мнение, что уникальные взаимосвязи вестибулярной системы с сенсорной, двигательной, вегетативной и психической сферами обуславливают многогранность проявлений вестибулярной дисфункции, затрудняя поиск истинной причины головокружения, приводя к сложностям в терапии [2, 3].

В литературе мало внимания уделяется вопросам психогенного головокружения, хотя его различные варианты, несомненно, наблюдаются в психоневрологической практике. Это связано с тем, что несистемное головокружение не имеет четких клинических маркеров и способов надежной параклинической верификации. Оно характеризуется отсутствием органической патологии вестибулярного анализатора, не воспроизводится при проведении провокационных диагностических проб и практически облигатно сопровождается выраженными аффективными (страх и тревога) и вегетативными (сердечные и дыхательные) феноменами [4–6].

У пациентов с психогенным головокружением, возникающим после перенесенного вестибулярного расстройства (вестибулярный нейронит, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение), первоначальные соматические симптомы представляют собой безусловно-рефлекторный стимул, вызывающий тревогу. Формирование interoцептивных условных рефлексов в дальнейшем может привести к развитию панических атак в ответ на минимальные вестибулярные нарушения или даже физиологические вестибулярные стимулы [1, 2, 7].

Для определения вклада истинно вестибулярных (центральных, периферических) и психологических механизмов у пациентов с головокружением необходим многомерный подход. Он должен включать не только результаты клинического неврологического и оториноларингологического исследований, но и оценку личностного профиля, особенностей связанного с болезнью поведения, в существенной степени определяющих влияние заболевания на жизнь пациента и стратегию преодоления болезни, поэтому важным для диагностики головокружения является исследование психоэмоциональной сферы пациента [2, 8, 9].

Сравнение шкал, используемых для детальной характеристики головокружения и его влияния на качество жизни, показало достоверное превосходство вестибулярного опросника **VRBQ** (Vestibular Rehabilitation Benefit Questionnaire) по сравнению со шкалой для оценки головокружения и мнестических функций **DHI** (Dizziness Handicap Inventory), опросником качества жизни **SF-36** (Short Form-36), госпитальной шкалой тревоги и депрессии **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale) [10].

В целом взаимодействие между вестибулярными и психологическими механизмами неясно, поэтому бесспорный интерес представляют изучение психоэмоционального статуса пациентов с системным и несистемным головокружением и оптимизация терапии. На сегодняшний день имеются ограниченные сведения о применении эффективных безопасных препаратов для лечения тревоги и депрессии у больных с системным и несистемным головокружением и нефармакологических методов, в том числе упражнений на стабилметрической платформе с использованием принципа биологической обратной связи (БОС-стабилметрия) [2, 11].

При этом необходимо учитывать, что большинство препаратов, применяемых населением для терапии тревожных состояний, могут провоцировать головокружение. Пре-

жде всего это бензодиазепиновые транквилизаторы и барбитуратсодержащие препараты, не лишены данного эффекта и нейролептические средства и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина [1, 2, 8].

Таким образом, вопрос о терапии и возможном препарате выбора, а также немедикаментозном лечении у больных с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне головокружения остается открытым, что обуславливает целесообразность дальнейших исследований в этом направлении.

Цель исследования — изучение клинических особенностей и состояния психоэмоциональной сферы у больных с системным (вестибулярным) и несистемным (психогенным) головокружением и оптимизация терапии.

Пациенты и методы. В исследование включено 50 больных: 25 с вестибулярным головокружением (5 больных перенесли ишемический инсульт, 5 — транзиторные ишемические атаки в вертебрально-базиллярном бассейне, 5 имели вестибулярную мигрень, 5 — доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение и 5 — вестибулярный нейронит) — 1-я группа и 25 больных с несистемным (психогенным) головокружением — 2-я группа.

Всем больным выполнены магнитно-резонансная томография головного мозга, рентгенография краниовертебральной зоны, стабилметрическое исследование, УЗИ интракраниальных и экстракраниальных сосудов, аудиометрия. При наличии показаний больных консультировали у психиатра, офтальмолога, оториноларинголога, кардиолога и других специалистов.

Пациенты 1-й и 2-й групп были сопоставимы по возрасту. Средний возраст больных 1-й группы составил 56 лет (46–66 лет), 2-й группы — 58 лет (48–68 лет). В обеих группах женщин было в 3 раза больше, чем мужчин.

Пациентов исключали из исследования при наличии биполярного расстройства, серьезных или нестабильных соматических заболеваний, ожирения с функциональными нарушениями, а также при злоупотреблении психоактивными веществами или зависимости от них.

Оценка неврологического статуса включала исследование черепных нервов, двигательной и чувствительной сферы, функций мозжечка (координаторные тесты, пробы на диадохокинез, исследование фланговой походки и отклонения при ходьбе по прямой с открытыми и закрытыми глазами). Использовали пробы: Ромберга (обычную и усложненную), Бабинского—Вейля, Унтербергера, Вальсальвы, ортостатическую, гипервентиляционную. Проводили клиническое исследование глазодвигательных и нистагмических реакций. Определяли спонтанный, индуцированный нистагм. Проводили пробу с прикрыванием глаз, отведение взора в девяти направлениях, исследование конвергенции, плавных следящих движений глаз, саккадический тест, а также исследование горизонтального вестибулоокулярного рефлекса, подавление вестибулоокулярного рефлекса при фиксации взора. Кроме того, все пациенты выполняли позиционный тест Дикса—Холпайка. При этом определяли латентный период, длительность, направление, исчезновение нистагма и головокружения после возвращения в исходное положение и повторения пробы.

У всех пациентов оториноларинголог изучал состояние слуховых труб, слизистой оболочки носа, обоняния, наружных слуховых проходов, барабанной перепонки. Исследование слуха проводили при помощи шепотной и разго-

ворной речи, камертонального исследования (пробы Ринне и Вебера), речевой аудиометрии.

Психологическое исследование включало проведение теста на наличие и выраженность депрессии с помощью опросника Бека, теста на определение личностной и ситуационной тревожности Спилберга—Ханина. Качество жизни оценивали с помощью вестибулярного опросника. Первая часть вестибулярного опросника детализировала головокружение, а вторая — изменившиеся интегральные показатели качества жизни, такие как физический и эмоциональный дискомфорт.

Лечение было комплексное и включало медикаментозные методы (терапия агонистами гистаминовых H₁-рецепторов, серотонинергическими средствами) и физические методы (упражнения на стабилметрической платформе с использованием принципа БОС). При БОС искусственно создаются ситуации, когда обычные стереотипы двигательных актов, позволяющие сохранять равновесие, оказываются несостоятельными. Информация, представленная в виде визуальных или аудиосигналов, уточняет степень успешности выполнения заданий и помогает корректировать их в случае недостаточно точного выполнения, что ускоряет развитие компенсаторных процессов. БОС можно представить как метод, посредством которого информация о функциональных параметрах тренируемого собирается, обрабатывается и снова представляется для контроля органами чувств, и таким образом пациент получает дополнительную возможность контроля. Данный метод лечения подразумевает активное участие пациента в процессе восстановления, помогает достичь определенных результатов и закрепить их, использовать приобретенные навыки, что, безусловно, благоприятно отражается и на психологическом состоянии больного. Для стабилотренинга использовали тренажеры равновесия. Методика была построена следующим образом: «Мишень» — 5 мин, «Сенсомоторный тест» — 3 мин, «Пчела» — 10 мин, «Мишень» — 5 мин. Основная цель тренажера «Мишень» — удержание центра давления в заданной зоне на экране монитора пациента. Критерием успеха служит количество «выбитых» очков. Тренажер «Пчела» — более сложный и предназначен для выполнения более тонких координаторных задач. Больной, «управляя» пчелой, должен собрать мед с распускающихся цветов и отнести его в улей. В процессе полета мед расходует пчелой, и пациент должен хорошо скоординировать свои движения, чтобы быстро и с минимальными затратами выполнить задание. После БОС-стабилометрии у больных возрастает стабильность за счет увеличения роли зрительно-моторных связей [11].

Полученные результаты обрабатывали с помощью статистической программы SPSS 16.0 for Windows. Распределение количественных показателей описывалось при помощи медианы и интерквартильной широты (фактически — значениями 25-го и 75-го процентилей). Вычисляли доверительные интервалы (ДИ) для выявления статистически значимых различий групп, связей признаков. Доверительный коэффициент принимали равным 95 % [12, 13].

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническое исследование у пациентов 1-й группы с системным головокружением позволило выявить следующие характерные жалобы: ощущение стремительного падения в пропасть, проваливания, качания на волнах, вращения окружающих предметов, самого больного в различных плоскостях, вращения внутри головы, «подпрыгивания» горизонта. Неврологиче-

ский статус характеризовался наличием спонтанного многонаправленного нистагма (у больных с транзиторными ишемическими атаками в вертебрально-базилярном бассейне), горизонтально-ротаторного нистагма (у больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением), индуцированного взором нистагма (у больных с вестибулярной мигренью), нарушением плавного слежения глазных яблок, саккадического взора и нарушением подавления вестибулоокулярного рефлекса (у больных с хроническими ишемиями головного мозга и транзиторными ишемическими атаками в вертебрально-базилярном бассейне), а также положительными пробами Дикса—Холпайка (у больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением) и Унтербергера (у больных, перенесших вестибулярный нейронит), невозможностью находиться в усложненной пробе Ромберга более 5 с (у больных с транзиторными ишемическими атаками в вертебрально-базилярном бассейне, вестибулярным нейронитом).

Нарушений глазодвигательных реакций, как и очаговой неврологической симптоматики и положительных вестибулярных провокационных проб, у пациентов 2-й группы не зарегистрировано, что может служить очевидным диагностическим критерием при психогенном головокружении.

У пациентов обеих групп при оториноларингологическом исследовании установлено физиологическое состояние слизистой оболочки носа, наружных слуховых проходов, барабанной перепонки, а также ротовой полости, миндалин, стенок глотки и гортани. Исследование слуха с помощью шепотной и разговорной речи, аудиометрия показали, что, несмотря на отсутствие активных жалоб на снижение слуха, у 5 больных 1-й группы восприятие речи было снижено. У всех больных 2-й группы восприятие шепотной и разговорной речи было в норме. Камертональное исследование не показало сокращения времени восприятия камертонов у больных 2-й группы. У 5 больных 1-й группы длительность восприятия камертона С128 через воздух при норме 60 с составила 28 с (95% ДИ 22—35), через кость при норме 30 с — 16 с (95% ДИ 12—21); камертона С2048 при норме 40 с — 27 с (95% ДИ 24—30).

Отметим, что 25 пациентов 2-й группы с психогенным головокружением длительное время обращались к врачам разных специальностей по поводу почти постоянного нарушения равновесия, чувства дереализации, дурноты, неустойчивости при ходьбе, ощущения падения, опрокидывания. Кроме того, позже присоединялись снижение мотивации и концентрации внимания, упадок сил, субъективное ощущение профессиональной непригодности и неспособности к повседневной деятельности, вегетативные нарушения (сердцебиение, тошнота, потливость, одышка, страх удушья, отсутствие аппетита, похудание), тревожность и нарушение сна. Причем больные были уверены, что причина этих симптомов — головокружение, и без детального расспроса самостоятельно не сообщали о предшествующих стрессовых и психотравмирующих ситуациях или органических заболеваниях вестибулярной системы. При этом головокружение уменьшалось под действием небольших доз алкоголя или во время занятий спортом. Эти больные отличались определенным складом личности: они склонны к навязчивым состояниям, самоанализу, постоянному самоконтролю. Это честолюбивые люди, предъявляющие повышенные требования к себе, крайне раздражительные и впечатлительные.

При исследовании психоэмоциональной сферы обнаружено наличие более выраженных тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с психогенным головокружением. При использовании теста Спилбергера—Ханина выявлено наличие статистически значимых различий уровней личностной и ситуационной тревожности: в 1-й группе — 43 (95% ДИ 40—46) и 35 (95% ДИ 33—38) соответственно, во 2-й группе — 50 (95% ДИ 47—53) и 54 (95% ДИ 51—56) соответственно. По шкале депрессии Бека также выявлено наличие статистически значимых различий выраженности депрессивной симптоматики: в 1-й группе — 25 (95% ДИ 22—28) баллов, во 2-й — 40 (95% ДИ 38—42) баллов.

С помощью вестибулярного опросника удалось установить статистически значимые различия показателей снижения качества жизни у больных с системным и несистемным головокружением. Так, среднее значение дефицита качества жизни у пациентов 1-й группы составило 45 (95% ДИ 41—49), а 2-й группы — 86 (95% ДИ 77—94). Таким образом, качество жизни у больных с психогенным головокружением оказалось ниже, чем у больных с вестибулярным головокружением. Эмоциональный дискомфорт у этих больных оказался более выраженным и на 75% превосходил показатели у пациентов 1-й группы.

Пациенты обеих групп для нормализации психоэмоциональных нарушений принимали антидепрессанты серотонинергического ряда в течение 2 мес и использовали специальные упражнения на стабилметрической платформе с принципом БОС. В результате лечения наблюдалось клиническое улучшение, в том числе уменьшение тревожно-депрессивного синдрома у пациентов 1-й группы на 13—15-е сутки, у пациентов 2-й группы — на 7—8-е сутки. Уменьшились такие проявления, как плаксивость, слабость, раздражительность, улучшился сон.

Использование теста Спилбергера—Ханина показало статистически значимое уменьшение выраженности тревожных расстройств у пациентов с головокружением. Среднее снижение показателей ситуационной тревожности в 1-й группе составило 9,1 (95% ДИ 7,4—11,6; $p=0,04$), во 2-й группе — 17,3 (95% ДИ 14,3—19,8; $p=0,03$). Изменения показателей личностной тревожности оказались статистически и клинически значимыми только у пациентов 2-й группы, разность показателей составила 8 (95% ДИ 6,4—10,6; $p=0,04$).

Кроме того, отмечен регресс депрессивной симптоматики у больных как с системным, так и с несистемным головокружением, статистически значимый и в обеих группах. Уменьшение среднего значения симптомов депрессии в 1-й группе составило 8,1 (95% ДИ 6,6—9,3; $p=0,04$), во 2-й — 13,1 (95% ДИ 10,2—15,3; $p=0,03$).

С помощью вестибулярного опросника удалось установить статистически значимые различия показателей качества жизни у больных 1-й и 2-й групп до и после лечения. Так, разность между средними значениями качества жизни у пациентов 1-й группы составила 12 (95% ДИ 9,4—15,6; $p=0,03$), а у больных 2-й — 18 (95% ДИ 15,3—21,2; $p=0,03$). Улучшение качества жизни у больных с психогенным головокружением на фоне терапии оказалось более выраженным, чем у больных с системным головокружением.

Анализируя результаты терапии синдромов тревоги и депрессии, в целом можно констатировать наличие положительной динамики в обеих группах, однако у больных с психогенным головокружением эффект лечения оказался более выраженным, чем у пациентов с системным головокружением.

Таким образом, исследование глазодвигательных, нистагмических реакций и провокационных проб, а также использование теста Бека, теста на определение личностной и ситуационной тревожности Спилбергера—Ханина, вестибулярного опросника позволяют быстро и надежно определить вестибулярную дисфункцию и вклад психоэмоциональной составляющей в синдром головокружения. Целесообразно использование найденных закономерностей у больных с системным и несистемным головокружением для оптимизации терапии. Настоящее исследование показало пользу комбинированного применения медикаментозных методов и упражнений на стабилметрической платформе с принципом БОС и общей схемы лекарственной терапии и реабилитационных мероприятий при различных типах головокружения, но в первую очередь при психогенном головокружении. Особое значение БОС-стабилметрии в купировании клинических проявлений психогенного головокружения связано с его патофизиологическими особенностями: ощущение головокружения при психогенных расстройствах можно объяснить несоответствием результатов реальных движений ожидаемым. Возникающее при этом частичное рассогласование является результатом постоянного беспокойного самонаблюдения и контроля устойчивости. Это приводит к тому, что произвольные изменения позы, направленные на поддержание вертикального положения и осуществляемые в норме с помощью элементарных рефлекторных двигательных программ, воспринимаются больными с психогенным головокружением как активные движения. Используемая методика БОС-стабилметрии позволяет исправить этот дисбаланс с помощью собственного контроля движений как при участии мышц, так и центральных механизмов, формирующихся на основании предшествующего опыта движений. Выявленные особенности могут внести весомый вклад в развитие адекватной медицинской помощи больным с головокружением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. Пер. с англ. М: ГЭОТАР-Медиа 2010; 216 с.
2. Брандт Т., Дитерих М., Штрумп М. Головокружение. Пер. с англ. М: Практика 2009; 200 с.
3. Лиленко С.В., Янов Ю.К., Ситников В.П. Расстройства равновесия. СПб: Агентство Медицинской Информации РИА-АМИ, 2005; 128 с.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб: Издательский дом Нева; М: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002; 320 с.
5. Бабияк В.И., Янов Ю.К. Вестибулярная функциональная система. СПб: Гиппократ, 2007; 432 с.
6. Baloh R.W., Honrubia V. Clinical Neurophysiology of the Vestibular System. New York: Oxford University Press, 2000; 432 p.
7. Brandt T., Dieterich M. Vertigo and dizziness: common complains. Springer, 2004.
8. Вельтишев Д.Ю. Психопатологические аспекты головокружения. Журн неврол и психиатр 2010; 10(7): 69—72.
9. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение. М: ООО МИА, 2009; 152 с.
10. Morris A.E., Lutman M.E., Yardley L. Measuring outcome from vestibular rehabilitation, part II: refinement and validation of a new self-report measure. Int J Audiol 2009; 48(1): 24—37.

11. Скворцов Д.В. Диагностика двигательной патологии инструментальными методами: анализ походки, стабилметрия. М.: Т.М. Андреева, 2007;640 с.

12. Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов. Пер. с англ. под ред. В.П. Леонова.

М: Практическая медицина, 2011;480 с.
13. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. М: Медиа сфера, 2003;312 с.

В.Э. Медведев¹, К.В. Зверев², А.В. Епифанов²

¹Кафедра психосоматики и психотерапии ФПК МР Российского университета дружбы народов, ²Городская клиническая больница №71, Москва

Психосоматические корреляции при фибрилляции предсердий

Обследованы больные с фибрилляцией предсердий (ФП), страдающие коморбидными психическими расстройствами. Выделены две группы пациентов, различающиеся по структуре психосоматических соотношений. 1-ю группу составили больные с ФП с признаками реактивной лабильности, которая проявлялась психопатологическими реакциями в ответ на первичные проявления ФП; 2-ю — больные, у которых психические расстройства развились в основном на поздних этапах сердечно-сосудистого заболевания (преимущественно постоянная форма ФП) на фоне таких осложнений, как хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных с ФП часто отмечаются тревожные и ипохондрические расстройства, что совпадает с данными литературы. Помимо этого, на отдаленных стадиях ФП регистрируются депрессивные синдромы, обусловленные тяжелым течением сердечно-сосудистого заболевания, приводящего к развитию ХСН.

Ключевые слова: психокardiология, фибрилляция предсердий, психопатологические расстройства.

Контакты: Владимир Эрнстович Медведев melkorcard@mail.ru

Psychosomatic correlations in atrial fibrillations

V.E. Medvedev¹, K.V. Zverev², A.V. Epifanov²

¹Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Russian Peoples' Friendship University, ²City Clinical Hospital Seventy-One, Moscow

Patients with atrial fibrillations (AF) and comorbid mental disorders were examined. Two patient groups differing in the structure of psychosomatic ratios were identified. Group 1 comprised patients with AF and signs of reactivity lability that manifested itself as psychopathological reactions to the primary manifestations of AF; Group 2 included those who had developed mental disorders mainly in end-stage cardiovascular disease (predominantly a permanent form of AF) in the presence of such events as chronic heart failure (CHF).

The results of the study suggest that the patients with AF have frequently anxiety and hypochondriacal disorders, which agrees with the data available in the literature. In addition, end-stage AF is marked by depressive syndromes caused by the severe course of cardiovascular diseases resulting in CHF.

Key words: psychocardiology, atrial fibrillation, psychopathological disorders.

Contact: Vladimir Ernstovich Medvedev melkorcard@mail.ru

Актуальность изучения психосоматических корреляций при фибрилляции предсердий (ФП, или мерцательная аритмия) связана с высокой распространенностью (0,4—1%) этой формы аритмии в популяции [1, 2]. При этом частота аритмии увеличивается с возрастом: у лиц старше 80 лет она достигает 8% [3].

Обычно ФП дебютирует эпизодами, длящимися до 7 сут и более (пароксизмальная и персистирующая форма соответственно). На отдаленных этапах заболевания симптомы аритмии принимают постоянный характер (постоянная форма ФП) на фоне постепенного присоединения сердечно-сосудистых осложнений (хроническая сердечная недостаточность — ХСН, острое нарушение мозгового кровообращения и др.) [4, 5].

Первые упоминания о наличии психических расстройств у больных с ФП относятся к середине прошлого века [5—8]. В то же время к настоящему времени имеются лишь

единичные работы, посвященные комплексному исследованию этих психопатологических проявлений [3, 9—11].

У больных с ФП обычно используется психометрический метод исследования психической патологии с применением различных шкал. При этом характеристики психопатологических расстройств ограничиваются перечислением отдельных симптомов: тревога, соматизация и др. [7, 12—16] и оцениваются в пределах психологических (внутренняя картина болезни) или социальных (качество жизни) феноменов [17—22].

При обследовании больных с ФП часть исследователей [11, 23, 24] обращают внимание на нозогенные тревожно-фобические реакции, которые обнаруживаются более чем у половины таких пациентов на фоне эпизодов пароксизмов аритмии. В других работах [10, 16, 25] констатируется наличие депрессивных и ипохондрических расстройств у больных с ФП. При этом исследование особенностей течения арит-