

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АРИТМИЙ

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова.

*С целью оценки качества жизни и психологических особенностей больных с нарушениями ритма сердца, имеющих показания к выполнению радиочастотной катетерной абляции или установке имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора, обследованы 244 пациента. Применялись самооценочная шкала депрессии В.Зунга, интегративный тест тревожности, проводились экспресс-диагностики личностных черт (опросник ММПИ) и оценка качества жизни (опросник SF-36).*

**Ключевые слова:** нарушения ритма сердца, радиочастотная катетерная абляция, имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, психологическое обследование, качество жизни, тревожность, депрессия.

*To assess the quality of life and psychological peculiar features of the patients with arrhythmias and indications to the radiofrequency catheter ablation or the cardioverter-defibrillator implantation, 244 patients were examined. The self-evaluation depression scale by V. Zung and the integrative anxiety tests were used for the express diagnostics of personal streaks (MMPI questionnaire) and the quality of life evaluation (SF-36 questionnaire) was performed.*

**Key words:** cardiac arrhythmias, radiofrequency catheter ablation, implanted cardioverter-defibrillator, psychological examination, quality of life, anxiety, depression

Происходящее в последнее десятилетие бурное развитие естественных и технических наук, внедрение их достижений в медицинскую практику позволило существенно снизить уровень смертности, а также повысить эффективность профилактики и лечения многих заболеваний. Вместе с тем, не менее важным достижением современной медицины явилось переосмысление известной максимы «лечить не болезнь, а больного», отражающее с одной стороны общую тенденцию к гуманизации медицины, а с другой стороны - интеграционные процессы в науках о человеке, выдвигающие на первый план необходимость комплексного биопсихосоциального подхода и выработки принципов его практической реализации [2, 5]. Своеобразной квинтэссенцией этих тенденций явилось появление в медицине (а точнее, перенесение из области социологии в область медицины) понятия качества жизни (КЖ).

В целом КЖ понимается как удовлетворенность индивида в физическом, социальном, психологическом и духовном плане, то есть условное благополучие во всех сферах жизнедеятельности, оцениваемое индивидом по совокупности своих субъективных переживаний, а, следовательно, не всегда отражающее его состояние по объективным критериям (наличию патологических симптомов, уровню дохода, профессиональным достижениям и др.), но в определенной мере зависящее от них. В случае физических или психических нарушений речь, по сути, идет о восприятии пациентом влияния патологической симптоматики на его жизнедеятельность, отражающем его личный опыт приспособления к жизни с болезнью.

Актуальность задачи оценки КЖ как одного из главных критериев эффективности любых медицинских мероприятий привела к разработке и широкому использованию соответствующих опросников [4]. Безусловно, один опросник не в состоянии отразить всю многомерную структуру КЖ, как оно понимается в теории, и, тем

более, он не способен отразить механизмы его формирования [6, 2]. Несмотря на это, опросники КЖ, в наибольшей мере позволяя получить целостное представление о самочувствии пациента, остаются основным стандартизированным инструментом оценки «целостной ситуации болезни глазами больного» (с учетом влияния значимого окружения), в особенности при соматической патологии. Последнее важно подчеркнуть, поскольку детальное изучение психосоциального функционирования, а, следовательно, и психосоциальная реабилитация соответствующего контингента больных, как правило, не входит в прямые обязанности врача-интерниста.

Следует отметить, что использование стандартизированных методик оценки КЖ раскрывает широкие возможности не только для мониторинга состояния пациентов и определения эффективности выбранной стратегии лечения, но и для достижения врачом более глубокого и тонкого понимания своеобразия переживаний пациента, его трудностей в борьбе с болезнью или в адаптации к жизни с нею. Это необходимо для оказания неспецифической эмоциональной поддержки пациенту, повышения продуктивности контакта с ним, достижения комплайенса, а при направлении пациента к психотерапевту или клиническому психологу - для определения границ и содержательного характера взаимодействия с этими специалистами.

Использование методик оценки КЖ представляет важным в отношении пациентов с хроническими и угрожающими жизни заболеваниями, в частности, при различных вариантах нарушений ритма сердца (НРС). Специфика этих заболеваний создает для пациентов особую жизненную ситуацию, важным элементом которой является витальная угроза, создаваемая и переживаемая большинством пациентов: при аритмиях она связана с малозависящей от пациента вероятностью внезапного приступа с риском летального исхода. Наряду с этим существует общий неблагоприятный фон, создаваемый

ограничением физических возможностей, хроническим характером заболевания, необходимостью самоограничения и постоянного контроля за функционированием организма, вероятностью социальных последствий, недостаточной социальной защищенностью и т.д.

В связи с изложенным вполне закономерными представляются результаты многочисленных исследований, свидетельствующих о снижении КЖ пациентов с различными НРС [5, 11-18], причем большинство авторов отмечают тотальность этого снижения, хотя в последнее время эта информация носит несколько противоречивый характер. Таким образом, исследования свидетельствуют о том, что НРС создают ситуацию витальной угрозы и требуют коренного изменения образа жизни, значительно затрудняют удовлетворение актуальных потребностей личности, то есть снижают КЖ больного. Важно отметить, что НРС в целом поддаются корригированию медикаментозными и немедикаментозными (хирургическими) средствами, бурное развитие которых отмечено последнее десятилетие. За этот период появились новые электрокардиостимуляторы, имплантируемые кардиовертеры-дефибрилляторы (ИКД), происходило усовершенствование методик радиочастотной катетерной абляции (РЧКА).

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ качества жизни, а также некоторых психологических аспектов пациентов при хирургическом лечении аритмий.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 244 пациента с различными НРС (тахикардиями), которым выполнялась РЧКА или постановка ИКД. Больные были разделены на 4 группы. В первую группу вошли больные с синдромом WPW и атриовентрикулярной (АВ) узловой тахикардией, для которых характерны частые приступы, купирующиеся самостоятельно (38%) или при внутривенном введении медикаментозных средств в 62% случаев. Вторую группу составили больные с трепетанием предсердий и предсердной тахикардией с устойчивыми приступами, требующими внутривенных введений лекарственных средств или проведения электроимпульсной терапии.

В третью группу были включены пациенты с идиопатическими НРС, в основном, с приступами желудочковой тахикардии (ЖТ) у 54% и с экстрасистолией - у 46%. Четвертую группу составили больные с ишемическими и некоронарными ЖТ и фибрилляцией желудочков, которым была выполнена постановка ИКД. Пациенты этой группы самые симптоматические, т.к. они имеют тяжелое поражение сердца, страдают от приступов ЖТ, а также перенесли клиническую смерть.

Сроки наблюдения за пациентами составили 56±14 месяцев. В ходе исследования нами использовались следующие психологические методики:

1. Самооценочная шкала депрессии В.Зунга для исследования степени депрессивных переживаний.
2. Интегративный тест тревожности (ИТТ) на основе шкалы тревожности Чарльза Спилбергера для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики.

3. Mini-Mult-вариант для экспресс-диагностики личностных черт.

4. Опросник SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey») для определения качества жизни.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исходно (до операции) уровень депрессии был самым низким в 1 группе больных (45,1 балла) и самым высоким во 2 группе - 48,2 балла. При дальнейшем обследовании уровень депрессии оказался самым низким в 1 группе и самым высоким в 4 группе. В целом отмечалось снижение уровня депрессии на 10, 11, 9 и 6 баллов соответственно по группам (табл. 1). Следует заметить, что менее депрессивный пациент имел низкую суммарную оценку по шкале, а более депрессивный - высокую. Значение уровня депрессии менее 50 баллов по этой шкале указывает на отсутствие выраженного депрессивного синдрома. Мы полагаем, что радикальное устранение НРС приводило к достаточно быстрому снижению уровня депрессии. Однако, в 4 группе динамика была не столь очевидной, что может быть связано с болезненной терапией имплантируемого устройства и/или сохранением синкопальных эпизодов, с проявлениями сердечной недостаточности.

Динамика ситуационной и личностной тревожности представлена в условных единицах - станайнах в табл. 1. Следует учесть, что оценка по шкале тревоги ниже 4 станайнов соответствует низкому уровню тревожности; равная 4, 5 или 6 станайнам соответствует нормальному уровню, а оценка от 7 станайнов свидетельствует о высоком уровне тревожности, о наличии дезадаптации и дисгармонии со средой в целом. Уровень тревожности наших пациентов не достигал высокого, однако, исходно уровень личностной тревожности был самым высоким во 2 группе - 6,8 станайна.

Мы связываем исходно относительно высокий уровень личностной тревожности пациентов 2 группы с устойчивым характером аритмий и необходимостью медицинской помощи для купирования приступов. При

Таблица 1.

Психологические показатели (M±m) обследованных пациентов

Показатели	Группы пациентов	До операции	После операции
Депрессия по шкале В.Зунга	1	45,1±1,43	35,98±0,86
	2	48,23±1,44	37,72±0,84
	3	46,11±0,93	37,68±0,77
	4	47,0±2,06	41,06±1,75
Ситуационная (реактивная) тревожность	1	4,04±0,39	2,17±0,24
	2	4,93±0,4	2,47±0,27
	3	4,55±0,24	2,27±0,18
	4	5,53±0,61	2,07±0,43
Личностная тревожность	1	6,32±0,32	5,30±0,27
	2	6,78±0,26	5,22±0,25
	3	6,52±0,19	5,18±0,18
	4	6,40±0,65	4,93±0,55

повторном обследовании отмечалось снижение уровня личностной тревожности на 1 станайн в 1 и 3 группах и на 2 станайна во 2 и 4 группах. Уровень ситуационной тревожности исходно был примерно одинаковым и снизился на 2 станайна в 1 и 3 группах и на 3 станайна во 2 и 4 группах, соответственно. Устранение аритмий, чувство «защищенности» больного с установленным ИКД способствовало снижению уровня тревожности. Следует заметить, что личностная тревожность является более устойчивым психологическим показателем пациента, поэтому более отчетливое снижение ситуационной тревожности при повторном обследовании мы объясняем уже свершившимся фактом оперативного вмешательства.

С целью выявления личностных характеристик больные были обследованы по методике ММРІ. Мы получили достоверные результаты по контрольным шкалам лжи, достоверности и коррекции. Усредненный личностный профиль располагался в пределах нормы, без психопатологии. При катamnестическом обследовании в 1 группе относительно высоким по сравнению с остальными шкалами остается уровень эмоциональной возбудимости, во 2 - тревожности, в 3 - эмоциональной возбудимости и тревожности, в 4 - эмоциональной возбудимости. В целом, умеренное снижение значений по этим шкалам указывает на некоторую психологическую стабилизацию наших больных и на их имеющиеся психологические особенности.

Следует заметить, что пациенты имели постоянно меняющуюся клиническую картину. В случае обращения к кардиологам, мы проводили повторное (часто - неоднократное) психологическое тестирование и собеседование с больным, что позволяло нам выявить более тонкие изменения психологического статуса и определить, кто из больных нуждается в психофармакологическом лечении. Так, психологическое состояние пациентов 4 группы полностью зависело от наличия болезненных срабатываний ИКД (шоков), после которых больные становились более эмоционально возбудимыми и/или отмечали у себя некоторые депрессивные проявления. Группу риска для возникновения эмоционально-негативных переживаний (повышение тревожности, появление или усугубление депрессивных переживаний) составляли больные с рецидивами тахикардии или повторными операциями. Необходимо отметить, что катетерная абляция, даже успешная, не во всех случаях приводит к стабилизации психологического (психиатрического) статуса, т. к. в ряде случаев у пациентов может оставаться страх возникновения приступа и/или тревожное его ожидание, что сопровождается вполне понятными психологическими проблемами.

Как отмечалось, с целью получения целостной картины состояния пациентов и ее динамики в результате хирургического вмешательства, на основании представления о КЖ как комплексном феномене, отражающем объективную и субъективную сторону функционирования индивида, нами был использован психологический опросник, нашедший широкое применение для оценки качества жизни соматических больных - SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey»). SF-36 позволяет оценить субъективные пред-

ставления пациентов о влиянии соматической патологии на их повседневную жизнь по восьми основным критериям: физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боли, общего здоровья, жизнеспособности, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности и психического здоровья. Максимальные значения по всем шкалам - 100, показатели интерпретируются в соответствии с прямой зависимостью (чем выше показатель, тем в большей мере пациент удовлетворен данной сферой своей жизнедеятельности).

#### Группа больных с РЧКА

Показатели, полученные до и после операции по шкалам SF-36 в группе пациентов, которым была показана

Таблица 2.

#### Качество жизни обследованных пациентов

РЧКА	До операции			
	ФА <sub>1</sub>	РФ <sub>1</sub>	ЖС <sub>1</sub>	СА <sub>1</sub>
	70,75±2,11	33,33±3,50	50,34±1,78	64,18±2,34
	Б <sub>1</sub>	ОЗ <sub>1</sub>	РЭ <sub>1</sub>	ПЗ <sub>1</sub>
	72,57±1,96	51,33±1,63	53,54±3,79	56,28±1,63
	После операции			
	ФА <sub>2</sub>	РФ <sub>2</sub>	ЖС <sub>2</sub>	СА <sub>2</sub>
	79,63±1,42	80,92±2,94	71,17±1,28	92,86±1,27
Б <sub>2</sub>	ОЗ <sub>2</sub>	РЭ <sub>2</sub>	ПЗ <sub>2</sub>	
96,90±0,84	70,05±1,36	83,59±1,73	73,41±1,13	
ИКД	До операции			
	ФА <sub>1</sub>	РФ <sub>1</sub>	ЖС <sub>1</sub>	СА <sub>1</sub>
	50,85±6,56	14,29±5,69	34,29±3,51	62,74±2,16
	Б <sub>1</sub>	ОЗ <sub>1</sub>	РЭ <sub>1</sub>	ПЗ <sub>1</sub>
	53,79±6,80	43,5±5,72	42,86±12,8	48,67±6,45
	После операции			
	ФА <sub>2</sub>	РФ <sub>2</sub>	ЖС <sub>2</sub>	СА <sub>2</sub>
	67,95±4,59	71,15±8,88	73,08±2,44	91,07±3,80
Б <sub>2</sub>	ОЗ <sub>2</sub>	РЭ <sub>2</sub>	ПЗ <sub>2</sub>	
88,43±5,59	69,67±4,01	76,19±8,14	75,69±1,72	
Р	До операции			
	ФА <sub>1</sub>	РФ <sub>1</sub>	ЖС <sub>1</sub>	СА <sub>1</sub>
	<0,05	<0,01	0,001	н.д.
	Б <sub>1</sub>	ОЗ <sub>1</sub>	РЭ <sub>1</sub>	ПЗ <sub>1</sub>
	<0,05	н.д.	н.д.	н.д.
	После операции			
	ФА <sub>2</sub>	РФ <sub>2</sub>	ЖС <sub>2</sub>	СА <sub>2</sub>
	<0,05	н.д.	н.д.	н.д.
Б <sub>2</sub>	ОЗ <sub>2</sub>	РЭ <sub>2</sub>	ПЗ <sub>2</sub>	
н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	

где, РЧКА - радиочастотная катетерная абляция, ИКД - имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, ФА - физическая активность; РФ - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б - роль болевых ощущений в ограничении жизнедеятельности; ОЗ - общее здоровье; ЖС - жизнеспособность, жизненный тонус; СА - социальная активность; РЭ - роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ - психическое здоровье, н.д. - не достоверно

на РЧКА, представлены в табл. 2. Как явствует из данных, до оперативного вмешательства пациенты испытывали серьезный дискомфорт в повседневной деятельности: заболевание оказывало тотально негативное влияние на КЖ пациентов как в плане физического, так и в плане психического функционирования. Прежде всего, пациенты воспринимали его как существенный ограничивающий фактор в своей повседневной (социальной, профессиональной, учебной, домашней и т.п.) деятельности (шкала РФ<sub>1</sub>, СА<sub>1</sub>), значительно снижающий ее продуктивность, делающий необходимыми дополнительные затраты усилий и времени, в том числе и вследствие болевых симптомов (шкала Б<sub>1</sub>).

Заболевание закономерно создавало у пациента пессимистический взгляд на свое физическое состояние (шкала ОЗ<sub>1</sub>), негативно отражалось на эмоционально-мотивационной сфере (шкала РЭ<sub>1</sub>), снижая общий физический и психический тонус (шкала ЖС<sub>1</sub>), формируя аффективные нарушения тревожно-депрессивного характера клинического и субклинического уровня (шкала ПЗ<sub>1</sub>). Влияние заболевания на психику имеет как объективную физиологическую (соматогенную), так и субъективную психологическую составляющую (психогенную, и, в частности, нозогенную), связанную с переживанием пациентом факта болезни и ее последствий, в том числе реальной витальной угрозы (риском внезапной смерти) и необходимостью хирургического вмешательства.

Результаты экспериментально-психологического обследования пациентов после операции свидетельствуют о значительном улучшении их КЖ по всем компонентам, то есть по всем шкалам SF-36 (от  $p < 0,001$ ), в первую очередь за счет расширения субъективно воспринимаемых пациентом физических возможностей (шкала РФ<sub>2</sub>). Существенно улучшилось настроение и жизненный тонус, уменьшилось негативное влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (шкалы ЖС<sub>2</sub>, РЭ<sub>2</sub>), заболевание практически перестало препятствовать активному общению (шкала СА<sub>2</sub>).

#### **Группа больных с ИКД**

Аналогичные, но уже в большей мере выраженные феномены, наблюдаются и у пациентов, которым были установлены ИКД (табл. 2). Для этой группы пациентов в дооперационный период было характерно снижение показателей КЖ по всем шкалам на фоне существенного ограничения физических возможностей. Ни один из пациентов (в отличие от пациентов, которым была показана РЧКА) не набрал максимального количества баллов по шкалам ФА, РФ и ЖС, то есть все без исключения пациенты этой группы сталкивались с серьезными затруднениями в повседневной деятельности вплоть до самообслуживания.

Более того, максимальные показатели по шкалам РФ<sub>1</sub> и ЖС<sub>1</sub> оказались почти в два раза меньше оптимальных (100). Это свидетельствует о фрустрации естественной потребности в активности и автономности в осуществлении повседневной деятельности: большинство пациентов этой группы в большей или меньшей степени испытывали трудности в выполнении элементарных для здоровых людей задач, например, подняться на один лестничный пролет, нести сумку с продуктами, наклониться и т.п. (шкала ФА<sub>1</sub>). Эти трудности возникали на фоне от-

четливого снижения энергетического потенциала (ЖС<sub>1</sub>), психической и физической истощаемости, проявляющейся в жалобах на недостаток сил и энергии, чувство усталости, «измученности» и т.п.

Ситуация усугублялась наличием астенизирующих болевых симптомов (шкала Б<sub>1</sub>). В связи с этим неудивительно, что пациенты остро ощущали ограниченность своих физических возможностей (шкала РФ<sub>1</sub>), явно недостаточных не только в сфере профессиональных достижений, но и в быту. Сами физические нарушения в сочетании с личностной реакцией на факт заболевания и его последствия (и в плане угрозы жизни, и в плане проблем психосоциального характера), создавали у пациентов неблагоприятный эмоциональный фон, способствующий развитию аффективных нарушений тревожно-депрессивной, ипохондрической окраски (шкалы РЭ<sub>1</sub> и ПЗ<sub>1</sub>), которые порой требуют купирования психофармакологическими средствами и в любом случае должны стать предметом внимания психиатра/психотерапевта. Следует отметить, что именно в группе пациентов, которым была показана установка ИКД, наличие нарушений в эмоционально-мотивационной сфере у 56,3% послужило основанием для назначения психофармакологического лечения (в группе пациентов, которым были показаны катетерные методы лечения, этот показатель составил 27,2%).

Неудовлетворительное физическое и психическое КЖ пациентов с показаниями к установке ИКД сменилось после операции сравнительно большей жизнеспособностью в физической и психической сферах (статистическая значимость изменения по всем шкалам,  $p < 0,001$ ). Позитивная динамика КЖ происходила в первую очередь за счет расширения физических и психических ресурсов для преодоления ограничительной роли заболевания (отмечалось более чем четырехкратное повышение среднего показателя по шкале РФ), а также в значительной мере - благодаря повышению жизненного тонуса (шкала ЖС<sub>2</sub>).

Как отмечалось, пациенты, которым была показана установка ИКД, до операции в целом демонстрировали сходный «профиль» КЖ с пациентами, которым была показана РЧКА, но на более низком уровне, отражающем их более выраженное неблагополучие в физической и психосоциальной сферах. Более низкое КЖ пациентов с показаниями к установке ИКД в сравнении с пациентами, которым была показана РЧКА не всегда достигало степени статистической значимости, но отчетливо обнаруживалось на уровне тенденций. Данные о статистически значимых различиях в показателях КЖ между этими группами до и после операции представлены в табл. 2.

Как явствует из представленных данных, наиболее существенные различия между группами лежали в плоскости физических возможностей. Пациенты с показаниями к установке ИКД представляли собой самую «тяжелую» группу не только по объективным показателям, но и по данным их личных самоотчетов. Ограничивающая роль физического состояния (в том числе и вследствие болевых симптомов) пациентов с показаниями к РЧКА у пациентов с показаниями к установке ИКД достигала масштабов наиболее насущной и неразрешимой про-

блемы (шкалы ФА, РФ); физических и психических ресурсов (шкала ЖС) недостаточно для выполнения элементарных повседневных задач, что влекло за собой фрустрацию базовых и актуальных потребностей пациентов, собственно лежащую в основе низкого КЖ.

Обращает на себя внимание отсутствие статистически значимых различий между группами на дооперационном этапе по шкалам психологической составляющей КЖ (за исключением ЖС). Это может объясняться полиэтиологичностью нарушений в эмоционально-мотивационной сфере, важной ролью личности пациента и его жизненных обстоятельств (в том числе наличием или отсутствием социальной поддержки), серьезностью психосоциальных последствий заболевания в каждом конкретном случае, а также степенью эффективности психофармакологического лечения.

Данные, приведенные в табл. 2, свидетельствуют об уменьшении разрыва между показателями КЖ двух групп пациентов после операции и сохранении различий только в плане физической активности (шкала ФА), отражающей способность пациента переносить повседневные физические нагрузки бытового характера. Выравнивание показателей КЖ в двух группах пациентов указывает в первую очередь на существенное улучшение физического и психологического состояния наиболее «тяжелых» пациентов, которым был установлен ИКД, хотя (статистически не значимая) тенденция к более низким показателям в этой группе сохранялась и после операции. Значительная позитивная динамика КЖ пациентов после имплантации свидетельствует о высокой эффективности данного метода не только по объективным критериям, но и в восприятии самого пациента, улучшение КЖ которого является важной задачей любых медицинских мероприятий.

В ходе статистического анализа ни в одной из групп не было обнаружено половых различий в КЖ на дооперационном либо на послеоперационном этапах. Вместе с тем была выявлена отчетливая и вполне закономерная обратная зависимость между возрастом и КЖ, проявляющаяся на дооперационном этапе по всем шкалам за исключением шкал ЖС и ПЗ, а на послеоперационном этапе - по всем без исключения шкалам. Выявленная закономерность служит дополнительным свидетельством

большого потенциала восстановления после операции у лиц молодого возраста. Кроме того, наличие ишемической болезни сердца оказывало самостоятельное, независимое от возраста влияние на жизненный тонус (ЖС) пациентов на дооперационном этапе ( $p < 0,05$ ).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод о позитивной динамике КЖ пациентов после хирургического вмешательства, особенно выраженной в группе пациентов, которым был установлен ИКД. Позитивные изменения обнаружены как в плане улучшения физических возможностей, так и в плане нормализации психического функционирования. Данные о субъективно оцениваемом пациентами общем улучшении самочувствия дополняют и подкрепляют результаты их объективного обследования, а также позволяют сделать оптимистический прогноз относительно возможности их полноценной жизни, в том числе и успешной психосоциальной адаптации.

Устранение НРС, чувство «защищенности» больного с ИКД способствовало снижению уровня тревожности. Следует заметить, что личностная тревожность является более устойчивым психологическим показателем пациента, поэтому более отчетливое снижение ситуационной тревожности при повторном обследовании мы объясняем уже свершившимся фактом оперативного вмешательства. Так, психологическое состояние пациентов 4 группы полностью зависело от наличия болезненных срабатываний (шоков), после которых больные становятся более эмоционально возбудимыми и (или) отмечают у себя некоторые депрессивные проявления.

Группу риска для возникновения эмоционально-негативных переживаний (повышение тревожности, появление или усугубление депрессивных переживаний) составляли больные с рецидивами тахикардии или повторными операциями. Следует отметить, что катетерная абляция, даже успешная, не во всех случаях приводила к стабилизации психологического (психиатрического) статуса, т.к. в ряде случаев у пациентов оставался страх возникновения приступа и/или тревожное его ожидание, что сопровождалось вполне понятными психологическими проблемами.

## ЛИТЕРАТУРА

- Бузиашвили Ю.И., Кабулова Р.И., Ханашвили Е.М. и др. Особенности поражения коронарного русла у больных с безболевогой ишемией миокарда // Кардиология №2 2004, 4-7
- Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. и др. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах. - в сб. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб. 2001. - с. 103-114.
- Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейро-реабилитации: Хронические боли. - Н.Новгород: НГМА. 2004.
- Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. М. 2004.
- Benrud-Larson L.M., Dewar M.S. et al. Quality of life in patients with postural tachycardia syndrome. Mayo Clin Proc. 2002 Jun;v. 77.N6. - p. 531-537.
- Birnbacher D. Quality of life - evaluation or description? // Ethical Theory Moral Pract. 1999. v. 2. N1. - p. 25- 36.
- Crow SJ, Collins J, Justic M, et al. Psychopathology Following Cardioverter Defibrillator Implantation // Psychosomatics 1998; 39:305-310
- DeMaso DR, Garlington Spratt E, Vaughan BL et al. Psychological Functioning in Children and Adolescents Undergoing Radiofrequency Catheter Ablation // Psychosomatics 2000; 41:134-139
- Godemann F, Ahrens B, Behrens S et al. Classic Conditioning and Dysfunctional Cognitions in Patients With Panic Disorder and Agoraphobia Treated With an Implantable Cardioverter-Defibrillator // Psychosomatic Medicine. Volume 63(2). - March/April 2001. - pp 231-238
- Urizar GG, Sears SF, Handberg E, Conti JB. Psychoso-

- cial Intervention for a Geriatric Patient to Address Fears Related to Implantable Cardioverter Defibrillator Discharges. *Psychosomatics* 45:2, March-April 2004: 140-144
11. Kang Y., Bahler R. Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation. // *Eur. J. Cardiovasc Nurs.* 2004. Apr; v.3.N1.- p.71-76.
12. Coffman KL, Brandwin M. The Millon Behavioral Health Inventory Life Threat Reactivity Scale as a Predictor of Mortality in Patients Awaiting Heart Transplantation // *Psychosomatics* 1999; 40:44-49
13. Lemon J, Edelman S, Kirkness A. Avoidance behaviors in patients with implantable cardioverter defibrillators // *Heart&Lung.* Volume 33(3), May/June 2004: p 176-182
14. Morris PL, Badger J, Chmielewski C et al. Psychiatric morbidity following implantation of the automatic implantable cardioverter defibrillator // *Psychosomatics* 1991; 32:58-64
15. Qiu YG., Zhang FR., Chen JZ. et al. Psychological status and its influencing factors on patients undergoing electrophysiology studies and radiofrequency catheter ablation // *Chinese Journal of Epidemiology.* 24(10):928-31, 2003 Oct.
16. Sareewiwatthana P., Unhasuta K., Raungratanaamporn O. Quality of life of cardiac arrhythmia patients after radiofrequency catheter ablation // *Journal of the Medical Association of Thailand.* 82(10):1041-7, 1999 Oct.
17. Schaer B. Corn TA. Osswald S. Radiofrequency ablation of supraventricular re-entry tachycardia: a «new life» with a successful and complications-free method // *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis.* 91(6):216-22, 2002 Feb 6.
18. Schwartz S, Janeck AS, Deaner SL. Fearful Appraisals and Behavioral Responses of a Patient With an Implantable Cardioverter Defibrillator // *Clinical Case Studies, Vol. 3 No. 1,* January 2004 70-82.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АРИТМИЙ

*У.В.Лебедева, Д.С.Лебедев*

С целью сравнительного анализа качества жизни, а также некоторых психологических аспектов пациентов при хирургическом лечении аритмий, обследовано 244 пациента с различными нарушениями ритма (НРС), которым выполнялась радиочастотная катетерная абляция (РЧКА) или постановка имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД). В первую группу вошли больные с синдромом WPW и атриовентрикулярной (АВ) узловой тахикардией, во вторую - больные с трепетанием предсердий и предсердной тахикардией, в третью - пациенты с идиопатическими НРС, в основном, с желудочковой тахикардией у 54% и с экстрасистолией - у 46%, четвертую - больные с ишемическими и некоронарными ЖТ и фибрилляцией желудочков с установленным ИКД. Использовались самооценочная шкала депрессии В.Зунга, интегративный тест тревожности, Mini-Mult-вариант для экспресс-диагностики личностных черт, опросник SF-36 для определения качества жизни (КЖ).

На основании полученных данных можно сделать вывод о позитивной динамике КЖ пациентов после хирургического вмешательства, особенно выраженной в группе пациентов, которым был установлен ИКД. Устранение НРС, чувство «защищенности» больного с ИКД способствовало снижению уровня тревожности. Группу риска для возникновения эмоционально-негативных переживаний (повышение тревожности, появление или усугубление депрессивных переживаний) составляли больные с рецидивами тахикардии или повторными операциями. Следует отметить, что РЧКА, даже успешная, не во всех случаях приводила к стабилизации психологического (психиатрического) статуса, т.к. в ряде случаев у пациентов оставался страх возникновения приступа и/или тревожное его ожидание, что сопровождалось вполне понятными психологическими проблемами.

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SURGICALLY TREATED FOR ARRHYTHMIAS

*U.V. Lebedeva, D.S. Lebedev*

To compare the quality of life as well as some psychological aspects of patients surgically treated for arrhythmias, 244 patients with different arrhythmias after catheter radiofrequency ablation of the implanted cardioverter-defibrillator (ICD) implantation were examined. The group I included patients with WPW-syndrome and atrioventricular nodal tachycardia, the group II consisted of patients with atrial flutter and tachycardia, the group III included patients with idiopathic arrhythmias, essentially with ventricular tachycardia (54%) and extrasystoles (46%), and group IV consisted of patients with ischemic and non-coronarogenic ventricular tachycardia/fibrillation after the ICD implantation. For the study purposes, the self-evaluation depression scale by V. Zung, the integrative anxiety test, and Mini-Mult variant were used for express diagnosis of personal streaks; and the SF-36 questionnaire was used to determine the quality of life.

The data obtained give evidence that there is a positive dynamics of the patient quality of life after surgical treatment, the most pronounced in the patients with implanted cardioverter-defibrillator. The elimination of cardiac arrhythmias and the feeling of «protection» of the patient with ICD contributed to a decrease in the anxiety. The patients with relapse of tachycardia and repetitively operated on were the risk group for the development of negative emotional experience (increased anxiety as well as appearance or aggravation of depressive feelings). It should be mentioned that the radiofrequency catheter ablation, even successful one, not always leads to stabilization of psychological (psychiatric) state. In a number of cases, the patients had the fear of development of paroxysm and/or its anxious expectation accompanied by psychological problems.