

А.Н.Алехин¹, Е.А.Трифонов^{1,2}, И.О.Чумакова¹, Д.С.Лебедев³, Е.Н.Михайлов³

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

¹Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,

³ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», Санкт-Петербург

С целью выявления особенностей отношения к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение, психологическое обследование выполнено 26 больным.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, интервенционная аритмология, катетерная абляция, психологическое обследование, качество жизни, отношение к болезни

To reveal peculiar features of perception of the disease of patients with atrial fibrillation receiving interventional treatment, psychological tests were carried out in 26 patients.

Key words: atrial fibrillation, invasive arrhythmology, catheter ablation, psychological testing, quality of life, perception of the disease.

Возрастающий интерес к качеству жизни пациентов в медицине сопровождается осознанием того, что для обеспечения эффективности лечения соматическое заболевание недостаточно рассматривать только как патологическое состояние организма, проявляющееся определенной симптоматикой, специфическими отклонениями биохимических, электрофизиологических и иных показателей. Болезнь имеет и субъективную сторону: пациент не только имеет собственное понимание причин своего заболевания, его проявлений и последствий, методов лечения и их эффективности, но и ценностно осмысливает и эмоционально переживает ситуацию болезни [2, 6, 7]. Отношение к болезни определяет актуальное психическое состояние пациента, его качество жизни, приверженность к лечению, следовательно, и медицинский прогноз.

Учет особенностей личностного реагирования пациента на болезнь важен для повышения эффективности взаимодействия врача и больного, определения тактики психологического сопровождения диагностического и лечебно-восстановительного процессов. Это в полной мере справедливо для такой отрасли современной высокотехнологичной медицины, как интервенционная аритмология, в частности, интервенционное лечение (ИЛ) наиболее распространенной формы нарушения ритма сердца - фибрилляции предсердий (ФП) [5, 13].

Как известно, лекарственная терапия ФП доступными сегодня препаратами обладает сравнительно низкой эффективностью [5, 12], поэтому при невозможности фармакологического контроля аритмии показано немедикаментозное лечение, прежде всего методом катетерной абляции (КА). КА обладает более высокой эффективностью по сравнению с фармакотерапией, однако позволяет добиться полного устранения симптоматических нарушений ритма не у всех пациентов (по разным данным, от 59% до 85,3% при катамнезе 1-3 года) [19, 21], то есть не исключает рецидива и необходимости повторных вмешательств и, кроме того, может иметь осложнения (около 1-5%) [20, 23, 27].

К настоящему времени особенности личностного реагирования на заболевание и лечение больных с ФП,

проходящих ИЛ, недостаточно изучены. В тоже время очевидно, что именно эти больные, длительно находясь в психотравмирующей ситуации неподконтрольности соматического состояния и неопределенности, нуждаются в особом внимании со стороны врачей и специалистов в области психического здоровья. Это представляется особенно значимым, поскольку эмоциональный статус и личностные особенности пациентов с ФП оказывают не меньшее, а в ряде случаев и большее влияние на субъективную картину заболевания (предъявляемые жалобы) и качество жизни, чем объективная тяжесть болезни по традиционно используемым критериям [10, 15, 22]. Целью представленной работы явилось выявление особенностей отношения к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение, в связи с риском дезадаптивного личностного реагирования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции №1 ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» с включением пациентов с ФП, госпитализированных в связи с плановым ИЛ методом КА в левом предсердии (ЛП). Согласие на предложение принять участие в исследовании было получено от 24 (из 26) пациентов, которые и составили группу обследования.

Демографические и основные клинические характеристики пациентов представлены в табл. 1. Первичная КА планировалась у 15 (62,5%) пациентов, повторная абляция (предыдущие вмешательства проводились по поводу типичного трепетания предсердий и/или ФП) - у 9 (37,5%) пациентов. У двоих повторных пациентов первичная процедура не была выполнена в необходимом объеме по причине развития осложнений в самом начале вмешательства (анафилактический шок у одной пациентки и тампонада сердца - у другой).

При разграничении групп с высокосимптомной (18 (75%) пациентов) и преимущественно малосимптомной (6 (25%) пациентов) ФП учитывалась общая

выраженность симптоматики (по самоотчетам), способность пациентов распознавать большинство эпизодов нарушений ритма сердца и переносимость пароксизмов (периодов времени при персистирующих формах) ФП. В качестве малосимптомной рассматривалась форма течения ФП, при которой пациенты по самоотчетам затруднялись в распознавании большинства пароксизмов (периодов) нарушения ритма сердца без целенаправленной проверки пульса и во время большинства пароксизмов (периодов) аритмии не испытывали выраженного физического дискомфорта, полностью препятствующего привычной повседневной деятельности. Обследованная группа характеризовалась высокой разнородностью по возрастным и клиническим показателям. Целенаправленный отбор пациентов не осуществлялся в связи с задачей обеспечения относительной репрезентативности группы.

Подготовка к катетерной абляции

При первичной консультации пациента, аритмологом определялись показания и возможность ИЛ ФП на основании совокупности факторов: отсутствие обратимых причин ФП, выраженная симптомность как минимум части эпизодов аритмии, неэффективность как минимум 2 антиаритмических препаратов IC и/или III классов, отсутствие выраженного увеличения ЛП (поперечный размер не более 5 см), отсутствие комбинации факторов, заведомо снижающих эффективность КА (возраст старше 70 лет, хроническая обструктивная болезнь легких, протез митрального клапана и т.д.). Пациенту разъяснялся принцип КА в ЛП, предполагаемая эффективность вмешательства, необходимость повторных КА в ряде случаев, частота возникновения и способы устранения всех известных осложнений КА в ЛП. Подробно обсуждались вопросы пероральной антикоагуляции, необходимость и схемы приема лекарственных препаратов, контроля показателей крови и артериального давления. При необходимости проводились повторные консультации. Очередь на плановое вмешательство для КА ФП составляла 2-4 месяца. За это время пациент проходил дополнительные обследования (мультиспиральную компьютерную томографию легочных вен и ЛП, фиброзофагогастродуоденоскопию, чреспищеводную эхокардиографию и ряд других). Большинство пациентов получало предварительную пероральную антикоагулянтную подготовку с терапевтическим значением МНО 2-3 в течение как минимум 4 недель. В назначенную дату госпитализации пациент поступал в стационар, осматривался кардиологом и специалистом, проводящим КА, вновь получал подробную информацию о планируемом вмешательстве. Далее пациенту предлагалось пройти психологическое обследование. КА выполнялась на следующий день.

Психологическое обследование

Психологическое обследование проводилось с информированного согласия пациента и лечащего врача в день госпитализации. Предметом исследования выступало отношение к болезни в его основных аспектах [2]: сенситивном (совокупность субъективных ощущений, общее самочувствие в связи с болезнью); эмоциональном (эмоциональная реакция на заболевание и его последствия); интеллектуальном (информированность, представления о заболевании и лечении) и поведенческом (изменение образа жизни в связи с заболеванием).

Использовались следующие методы и методики.

1. Беседа и полуструктурированное интервью, направленные на оценку актуального эмоционального статуса, степени выраженности невротоподобных проявлений; общего самочувствия, соматических жалоб; истории и условий развития заболевания в субъективной картине болезни пациента; степени информированности о болезни и лечении; характера эмоционального реагирования на болезнь и лечение; общей приверженности к медицинским рекомендациям.

2. Стандартизированные тест-опросники

- «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [1]. Методика предназначена для оценки выраженности тревоги как актуального эмоционального состояния и тревожности как устойчивой (личностной) тенденции, содержит две соответствующие шкалы и по пять субшкал, содержательно раскрывающих различные аспекты эмоционального состояния или преобладающих способов эмоционального реагирования.

- «Шкала самооценки депрессии» Зунга (Self-Rating Depression - SDS). Методика разработана W.Zung [8,

Таблица 1.

Демографические и клинические характеристики обследованных пациентов с ФП, проходящих интервенционное лечение (n)

		Возраст пациентов				Всего
		30-40 лет	40-50 лет	50-60 лет	60-70 лет	
Пол	Мужчины	1	3	8	4	16
	Женщины	0	1	5	2	8
Характер течения ФП	Пароксизмальная	1	3	9	6	19
	Персистирующая	0	1	4	0	5
Давность постановки диагноза	До 1 года	0	0	1	0	1
	1-5 лет	1	3	7	4	15
	5-10 лет	0	1	2	1	4
	Более 10 лет	0	0	3	1	4
Этиология ФП	На фоне ССЗ	0	2	11	6	19
	Идиопатическая	1	2	2	0	5
Симптоматичность	Симптоматичная	1	2	9	6	18
	Малосимптомная	0	2	4	0	6
Катетерная абляция в анамнезе	Нет	1	1	9	4	15
	Одна	0	3	3	1	7
	Две	0	0	1	1	2
Всего		1	4	13	6	24

здесь и далее, ФП - фибрилляция предсердий, ССЗ - сердечнососудистые заболевания

28] как дополнительный психодиагностический инструмент верификации депрессивных состояний различного генеза в психиатрической клинике и клинике соматических (психосоматических) заболеваний.

- «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» («ТОБОЛ») [2]. Методика разработана в институте им. В.М.Бехтерева и предназначена для диагностики вариантов личностного реагирования на болезнь и значимых отношений личности, связанных с болезнью (отношения к лечению, врачам и медперсоналу, к родным и близким и др.). Опросник позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни, а также смешанный и диффузный варианты реагирования на болезнь.

Методы анализа данных

Ввиду небольшого объема и разнородности выборки анализ данных осуществлялся преимущественно качественно, а также с использованием методов описательной статистики (частотный анализ). Оценка связи между качественными признаками осуществлялась с помощью точного критерия Фишера. Достоверность различий между подгруппами пациентов оценивалась с помощью непараметрического критерия U Манна-Уитни. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программного обеспечения SPSS Statistics 17.0.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сенситивный компонент отношения к болезни

Все пациенты с высокосимптомным течением ФП (18 человек) указывали на значительный физический и эмоциональный дискомфорт при нарушении деятельности сердца, сопутствующую болезни повышенную утомляемость. В описаниях субъективных ощущений при пароксизмах само сердцебиение и специфическая симптоматика (перебои, замирание сердца, толчки, kloкотание в груди) выступали в качестве доминирующих у большинства пациентов с симптоматичной ФП (13 человек; 72%). Чувство тяжести, «кома», сдавленности в груди и нехватки воздуха являлись ведущими признаками приступа у 3 (17%) пациентов; явления дереализации, сопровождающие резкую вялость и «внутреннюю дрожь» - у 2 (11%) пациентов. Степень дифференцированности субъективной картины нарушения ритма варьировала от декларируемого полного отсутствия дискомфорта в области сердца до весьма нюансированных описаний с использованием метафор.

На момент обследования все пациенты отрицали наличие тревожного ожидания приступа и/или постоянного невольного сосредоточения внимания на работе сердца. Вместе с тем в анамнестической беседе было установлено, что этот феномен осознавался на начальных этапах развития аритмии при относительно редких пароксизмах и в периоды длительных ремиссий (спонтанных или связанных с лечением), сопровождавшихся чувством значительного облегчения и одновременно инерционным ожиданием возвращения болезни. Таким образом, можно предположить, что ожидание приступов при их высокой частоте является

привычным в переживаниях пациентов, но фактически не осознается.

Эмоциональный компонент отношения к болезни

Большинство пациентов с высокосимптомной ФП (16 (89%) человек) помнили, при каких обстоятельствах развился первый приступ, отмечали, что он вызвал тревогу, смятение, страх. Внезапный физический дискомфорт выступал как полная неожиданность, поскольку не был непосредственно связан с физическими или эмоциональными нагрузками, по самоотчетам пациентов, не имел предвестников. В дальнейшем тревожные эмоциональные реакции на приступ преимущественно сглаживались. На момент обследования пациенты с высокосимптомной пароксизмальной ФП описывали сопровождающее приступ изменение психического состояния главным образом как раздражительную слабость, эмоциональную напряженность с депрессивным оттенком или переживанием беспомощности, чувство нереальности / отдаленности происходящего.

Отчетливое беспокойство в связи с предстоящим вмешательством было характерно для 17 (71%) пациентов. У 2 (8%) пациенток, впервые проходивших ИЛ, отмечалась выраженная предоперационная тревога: взволнованность, невозможность отвлечься от мыслей о предстоящей операции, смутное ощущение угрозы с затруднением четкого определения причины страха, эмоциональная лабильность, близкие слезы при упоминании о болезни, сменяющиеся напряженным смехом и самокритическими замечаниями, рассмотрение возможности отказа от лечения, «бегства» из больницы. Результаты оценки тревоги и тревожности обследованных больных с использованием методики «ИТТ» представлены в табл. 2.

В момент обследования (заполнения тест-опросников) 16 (67%) пациентов испытывали умеренную или выраженную обеспокоенность, напряженность. У женщин уровень ситуативной тревоги был достоверно выше, чем у мужчин (умеренная и высокая степень тревоги отмечалась у 10 (100%) женщин и у 6 (42,9%) мужчин; $p < 0,05$). В структуре эмоционального состояния ведущей являлась тревожная оценка перспективы, отражающая проекцию тревоги в будущее. Выраженность астенического компонента в эмоциональном состоянии свидетельствует, по-видимому, о соматически обусловленной ослабленности пациентов, а также утомлении после напряженного дня госпитализации.

Показатели шкалы личностной тревожности (табл. 2), характеризующие доминирующий фон настроения в течение последнего полугодия, свидетельствуют о преобладании в обследованной группе лиц с выраженной эмоциональной нестабильностью: у 12 пациентов (50%) - повышенные показатели. Чаще всего тревожность больных проявляется общим эмоциональным дискомфортом (нервозностью, эмоциональной возбудимостью), повышенной нервно-психической истощаемостью (астенический компонент), озабоченностью будущим (тревожная оценка перспективы). Статистически значимых различий в выраженности личностной тревожности мужчин и женщин не выявлено. Только у 1 пациента отмечался повышенный

показатель по шкале депрессии Зунга (58 баллов), позволяющий предположить легкую депрессивную реакцию, что согласовалось с результатами наблюдения и беседы. У остальных пациентов признаки угнетенного настроения, подавленности, ощущения собственной бесполезности и безысходности не выявлялись.

Таким образом, результаты оценки эмоционального статуса позволяют сделать вывод о выраженности аффекта тревоги у пациентов, госпитализированных в связи с плановым ИЛ. Этот вывод согласуется с данными о ведущих типах отношения к болезни, полученными с помощью методики «ТОБОЛ». Лишь у 3 (12,5%) пациентов был диагностирован гармоничный (адекватный) тип отношения к болезни, характеризующийся реалистичным восприятием тяжести состояния, установкой на преодоление болезни, стремлением содействовать успеху лечения. У 9 (37,5%) пациентов выявлялись различные варианты гипозогнозического отношения, проявляющегося либо защитным игнорированием болезни (анозогнозический тип - 2 (8%) пациента), либо попыткой компенсировать чувство уязвимости и тревоги в связи с болезнью чрезмерной активностью в профессии или в повседневных делах (эргопатический тип - 7 (29%) пациентов).

В остальных случаях (12 пациентов, 50%) отмечались личностные реакции, отражающие высокую фрустрированность болезнью, выраженный эмоциональный дискомфорт либо противоречивые переживания: тревожный, сенситивный, неврастенический, тревожно-ипохондрический, сенситивно-тревожный, анозогнозически-сенситивный, эргопатически-сенситивный тип - по одному пациенту, неврастенически-сенситивный тип - 2 (8%) пациента, диффузный тип - 3 (12,5%) пациента. Различий в преобладающих вариантах реагирования на заболевание между мужчинами и женщинами не выявлено.

Интеллектуальный компонент отношения к болезни

Интеллектуальный компонент отношения к болезни оценивался на основании представлений пациентов о сути заболевания и лечения. Следует отметить, что вопросы, направленные на оценку информированности о болезни, вызывали у большинства пациентов смущение, обусловленное, по-видимому, неуверенно-

стью в собственных знаниях и особенностью позиции в лечебном процессе. Только 7 (29%) пациентов охотно обнаруживали свои представления о заболевании, из них 4 имели среднее или высшее медицинское образование. В целом к поиску информации о своем заболевании и возможностях лечения были мотивированы 9 (37,5%) пациентов; 5 (21%) пациентов, напротив, указывали, что абсолютно не заинтересованы в сведениях о заболевании, сознательно избегают подобной информации, поскольку она находится, с их точки зрения, исключительно в компетенции врача и может их психологически травмировать.

Обобщенная оценка степени информированности пациентов позволила выделить три группы:

- адекватно информированные пациенты (9 (37,5%) человек) могут назвать диагноз, форму аритмии, принимаемые препараты и в целом их назначение, описывают суть процедуры КА, имеют представления о рекомендуемом образе жизни при ФП;
- частично информированные (10 (42%) пациентов) могут назвать диагноз, некоторые принимаемые препараты, в общих чертах или недостаточно точно описывают суть процедуры КА;
- неинформированные (5 (20%) пациентов): затрудняются назвать диагноз либо называют лишь по подсказке, испытывают сложности в припоминании анамнеза, характера проводимой терапии, суть процедуры КА описывают лишь фрагментарно.

Все пациенты знали, что страдают нарушением ритма сердца, однако 3 (12,5%) пациента затруднились назвать форму аритмии (мерцательная), никто из пациентов самостоятельно не использовал принятый в медицинском сообществе термин «ФП», при описании характера течения не употреблялись термины «пароксизмальная» или «персистирующая». О том, как именно нарушается деятельность сердца при ФП, смогли сообщить лишь пациенты, имеющие медицинское образование (4 (17%) человека). Признавая возможность влияния в некоторых случаях эмоционального стресса, физических нагрузок, обильного приема пищи и других известных провоцирующих факторов на течение болезни, все пациенты подчеркивали, что в целом пароксизмы непрогнозируемы и могут возникать без видимых причин.

Таблица 2.

Распределение показателей ситуативной тревоги и личностной тревожности (по опроснику «ИТТ») у пациентов с ФП, проходящих лечение методом катетерной аблации (n)

Уровень	Общий показатель	Эмоциональный дискомфорт	Астенический компонент	Невротический (фобический) компонент	Тревожная оценка перспективы	Социальная тревога
Актуальная тревога (в момент обследования)						
Пониженный	8	15	6	7	8	10
Средний	11	6	7	13	6	8
Повышенный	5	3	11	4	10	6
Личностная тревожность / пролонгированная тревога						
Пониженный	4	3	3	5	5	4
Средний	8	7	4	14	9	16
Повышенный	12	14	17	5	10	4

Несмотря на значительный опыт лекарственной терапии, лишь 12 (50%) обследованных больных смогли точно назвать препараты, которые они принимают в последнее время. Относительно регулярно (1 раз в 1-2 месяца до начала подготовки к катетерной аблации) проверяли свои показатели МНО 6 (25%) пациентов. Все пациенты признавали, что получили подробную информацию о предстоящем ИЛ, однако его существенные особенности (введение катетера в сердце через сосуды, «прижигания» радиочастотным током для избавления от аритмогенной электрической активности) смогли указать только 9 (37,5%) пациентов; 6 (25%) пациентов описывали суть операции четко и подробно, остальные пациенты затруднились с ответом. Возможность осложнений и рецидива после катетерной аблации осознавали все пациенты.

Поведенческий компонент отношения к болезни

Следует отметить, что как таковая информированность пациентов о заболевании и лечении являлась необходимым, но недостаточным условием соблюдения ими медицинских рекомендаций. Более того, у 3 (12,5%) пациентов адекватная информированность о заболевании сочеталась с повышенным интересом к паранаучным концепциям и системам лечения, либо склонностью к разработке собственных «систем». Можно предположить, что осведомленность о заболевании создавала у пациентов иллюзию полноты медицинского знания. Кроме того, невысокая эффективность лекарственной терапии подкрепляла мотивацию к поискам альтернативных объяснений своего недуга и методов лечения, при этом ортодоксальные представления о нарушении ритма сердца сосуществовали с мифологическими. Все пациенты указывали, что время от времени «позволяют себе» нарушать врачебные предписания, главным образом в отношении регулярности приема лекарственных препаратов, а также уровня физической активности. В 7 (29%) случаях пренебрежение врачебными рекомендациями было весьма очевид-

Таблица 3.

Распределение типов отношения к болезни (по опроснику «ТОБОЛ») у пациентов, проходящих первое (1) и повторное (2) лечение методом катетерной аблации (n)

Тип отношения к болезни	Группа 1	Группа 2
Гармоничный	2	1
Анозогнозический	2	0
Эргопатический	6	1
Неврастенический	1	0
Тревожно-ипохондрический	1	0
Тревожный	0	1
Диффузный	2	1
Сенситивно-неврастенический	1	1
Сенситивный	0	1
Сенситивно-анозогнозический	0	1
Сенситивно-эргопатический	0	1
Сенситивно-тревожный	0	1

но, и пациентами даже предпринимались попытки его обосновать.

Отношение к болезни и лечению у пациентов, проходящих повторное лечение

Анализ отношения к болезни пациентов, проходящих повторное ИЛ (9 (37,5%) человек), показал, что опыт недостаточно эффективного вмешательства отражается на доминирующих переживаниях больных. Если основной предмет опасений первичных пациентов - собственно вмешательство и связанная с ним неизвестность, то у пациентов, имеющих опыт подобного лечения, тревога включается в контекст более сложных и противоречивых переживаний, что подтвердили и результаты применения методики «ТОБОЛ». Было установлено, что в отношении к болезни пациентов, проходящих повторное лечение, значительно более выражен сенситивный компонент (табл. 3), отражающий повышенную эмоциональную ранимость и уязвимость в связи с заболеванием. Сенситивный тип отношения к болезни являлся ведущим у 5 из 9 больных, проходящих повторное лечение (в противоположность 1 из 15 пациентов, проходящих лечение методом катетерной аблации впервые; $p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

В настоящей работе представлены результаты пилотного проекта в рамках программы комплексного медико-психологического обследования больных ФП, проходящих ИЛ методом КА. Небольшой объем и разнородность обследованной группы ограничивают возможности экстраполяции полученных результатов на всех больных соответствующей категории, однако позволяют качественно и без усреднений проанализировать типичные варианты реагирования пациентов, которые могут быть описаны на основании самоотчетов о соматическом состоянии, представлений о сути заболевания и лечения, эмоциональных реакций, поведения в связи с болезнью.

В исследовании было установлено, что выраженность физического дискомфорта и степень дифференцированности жалоб больных ФП, проходящих ИЛ, варьирует в широких пределах. Для большинства пациентов болезнь весьма обременительна, эпизоды ФП сопровождаются выраженным дистрессом. Испытывая тревогу перед предстоящим вмешательством, больные, тем не менее, с готовностью решаются на КА и рассматривают ее как последнее средство в борьбе с болезнью. Вместе с тем среди обследованных есть пациенты, которые во время большинства эпизодов аритмии по самоотчетам не испытывают отчетливого физического дискомфорта либо не связывают его с нарушением ритма сердца. В ряде случаев данная особенность может ускользать от внимания лечащего врача, что имеет значение, поскольку КА ФП рекомендована пациентам с выраженной симптоматикой.

Преобладающий фон переживаний пациентов - тревожный с признаками общей эмоциональной нестабильности, нервно-психической истощаемости и обеспокоенности будущим. У половины обследованных пациентов эти проявления носят выраженный

характер, что позволяет предположить устойчивые нарушения психической адаптации. Типичным является предоперационное эмоциональное напряжение (в особенности у женщин), преимущественно контролируемое пациентами, однако в ряде случаев приводящее к дезорганизации поведения.

Согласно полученным данным, ведущими вариантами личностного реагирования на заболевание у больных ФП, проходящих ИЛ, являются эргопатический и сенситивный. Эргопатический тип отношения к болезни характеризуется стремлением компенсировать чувство несостоятельности вследствие болезни высокой активностью и успехами в деятельности, попытками продолжать прежний образ жизни, несмотря на болезнь, доказывать свою дееспособность, что нередко приводит к нарушению комплаентности. Сенситивный тип личностного реагирования отражает повышенную эмоциональную ранимость пациентов и связанную с ней закрытость, чувствительность к отношению и нюансам поведения окружающих, склонность скрывать свои опасения и тревоги (нередко и от врачей). Сенситивные пациенты тревожны и недоверчивы, болезненно переживают любую нетактичность, вмешательство в свой внутренний мир и одновременно склонны испытывать чувство вины за собственную слабость, бояться стать обузой для семьи, злоупотребить вниманием врача, что необходимо учитывать на всех этапах диагностического и лечебно-восстановительного процессов. В индивидуальных случаях описанные типы выступают в сочетании с ипохондрическими фиксациями, явной тревогой, проявлениями раздражительной слабости.

Несмотря на значительную продолжительность заболевания (анамнез ФП составил от 1 года до 10 лет), пациенты имеют весьма низкий уровень информированности о диагностированном у них нарушении ритма сердца и проводимом лечении. Спустя несколько часов после повторного разъяснения сути катетерной аблации лишь немногие способны описать существенные особенности этой процедуры. Мотивация к поиску дополнительных (кроме врача) источников информации о заболевании и лечении у большинства пациентов снижена, а адекватная осведомленность нередко сочетается с интересом к паранаучным «оздоровительным системам» и необоснованным самолечением.

Как показало исследование, психотравмирующий опыт неэффективного ИЛ (рецидива или осложнения) оказывает существенное влияние на отношение пациентов к заболеванию, формируя или заостряя сенситивные тенденции. Сенситивный тип отношения к болезни выявлялся более чем у половины пациентов, повторно проходящих катетерную аблацию, и только у одного пациента, впервые проходящего такое лечение. Это различие достигает степени статистической значимости, несмотря на небольшой объем выборки, и представляется заслуживающим внимания. Можно предположить, что сенситивное отношение к болезни отражает возрастающее чувство уязвимости пациентов в связи с неудачей в лечении, переживание незащитности и боязни нового разочарования. Пациент вынужден обращаться к врачам, которые уже однажды «обманули его ожидания», что

актуализирует внутриличностные противоречия, опасения и страхи. Следствием этого является типичное сокрытие и/или приуменьшение жалоб, затруднения в расспросе врача относительно своего состояния, лечения и прогноза.

Необходимо подчеркнуть, что выраженность сенситивных тенденций в отношении к болезни у пациентов, повторно проходящих лечение методом КА, может также свидетельствовать о роли данных особенностей реагирования в формировании мотивации к ИЛ. Вполне вероятно, что повышенная эмоциональная чувствительность к реакциям окружающих на заболевание, склонность скрывать факт нездоровья, свои опасения и физические ограничения заставляют пациентов искать радикальные способы избавления от болезни, преодолевать тревогу и страх новой неудачи. Определенный вклад может вносить и типичная для сенситивных пациентов боязнь стать обузой для близких, чувство вины за собственную слабость.

Вышеизложенное подчеркивает необходимость дополнительного внимания к данной группе больных с учетом психотравмирующих последствий рецидива и/или осложнений, а также ведущих мотивов обращения за медицинской помощью. Как показало исследование, такие больные составляют группу риска в отношении дезадаптивного личностного реагирования на болезнь, хотя их проблематичность может быть неочевидной вследствие типичной закрытости и трудностей формирования доверительных отношений.

На основании полученных данных можно предположить наличие определенных психологических симптомокомплексов у больных с ФП. Прежде всего, это низкая информированность о болезни, обуславливающая и усиливающая неуверенность во взаимодействии с врачом, которая, в свою очередь, затрудняет прояснение значимых вопросов о лечении и приводит либо к усилению тревоги, либо к защитному игнорированию болезни. При этом попытки обретения контроля над заболеванием могут принимать форму неадекватного самолечения, способного нанести вред здоровью. Другой важный симптомокомплекс составляют психологические последствия осложнений и рецидивов после ИЛ, которые включают скрытые опасения, усилия по самоконтролю эмоционального состояния за счет демонстрация внешнего благополучия, переживание недоверия по отношению к врачам и одновременно надежды на получение помощи.

В целом результаты исследования согласуются с данными других авторов о значительной выраженности тревожности и нервно-психической истощаемости у больных с ФП [3, 4, 17, 24]. Ассоциированность ФП с проявлениями тревожного спектра дает основание предположить, что тревога может выступать в качестве эмоционального эквивалента учащенного сердцебиения - являться его эмоциональным маркером. Об этом косвенно свидетельствуют данные о роли тревоги как фактора риска развития ФП в краткосрочной и долгосрочной перспективе [11, 26]. Следует отметить, что в настоящей работе у больных ФП не было обнаружено повышенной депрессивности, отмечаемой многими авторами [9, 25]. Возможно, это объясняется тем, что выборку состави-

ли пациенты, преодолевшие немалые организационные трудности на этапе подготовки к ИЛ, то есть обладающие адекватным мотивационным потенциалом, который существенно снижен у депрессивных больных.

Полученные данные о низком уровне информированности о ФП и проводимом лечении в полной мере согласуются с результатами предыдущих исследований [14, 16, 18] и делают необходимым более глубокое изучение закономерностей формирования у больных субъективной концепции заболевания в процессе лечения, прежде всего во взаимодействии с медицинским персоналом. В научной литературе не удалось обнаружить медико-психологических исследований, в которых больные с ФП, проходящие ИЛ, выделялись бы в качестве самостоятельной группы. Также (по нашим сведениям) отсутствуют работы, отражающие психологические аспекты рецидивов нарушения ритма сердца при ИЛ ФП, психологические последствия неудачи в лечении для пациента и взаимоотношений в системе «врач-больной». При этом в настоящем исследовании были получены результаты, свидетельствующие о необходимости изучения этой проблемы (как и ряда других), что обозначает перспективы дальнейших изысканий в данной области.

Перспективы дальнейшего исследования

Проведенное пилотное исследование позволяет определить перспективные направления дальнейшего изучения обозначенной проблемы. Важным представляется продолжение и углубление исследования отношения больных с ФП к болезни и лечению с учетом их клинико-anamnestических характеристик и индивидуально-психологических особенностей для определения критериев риска дезадаптивных личностных реакций в процессе лечения. Необходимо научное обоснование методов повышения информированности пациентов о заболевании и проводимом лечении. Требуется изуче-

Авторы выражают признательность сотрудникам отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции №1 ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова» - заведующему отделением к.м.н. С.В.Гурееву, кардиологам отделения Ю.В.Миллер, М.А.Вандер, Э.Э.Войтковской, Н.В.Свиридовой за помощь и содействие в проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
3. Евсина О.В. Качество жизни, тревожно-депрессивные нарушения и прогноз у больных с различными формами фибрилляции предсердий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 2009.
4. Крятова Т.В. Особенности обследования и лечения больных с фибрилляцией предсердий, страдающих нозогениями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2010.
5. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий (причины, механизмы, клинические формы, лечение и профилактика). - СПб.: Фолиант, 1999.
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. - М.: Медицина, 1977.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: изд-во МГУ, 1987.
8. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: методические рекомендации. - Л., 1988.
9. Dąbrowski R., Smolis-Bąk E., Kowalik I. et al. Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation // Kardiol. Pol. 2010. V.68. №10. P.1133-1139.
10. Dorian P., Jung W., Newman D et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy // J. Am. Coll. Cardiol. 2000. V.36. P.1303-1309.
11. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Ten-

ния вопрос о психологических особенностях больных, имеющих показания к ИЛ, но не решающихся на него, в том числе пациентов, отказывающихся от повторного лечения методом КА. Нуждаются в разработке пути интеграции результатов психологических исследований в систему оказания специализированной помощи больным с ФП, проходящим ИЛ.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с фибрилляцией предсердий, госпитализированных в связи с плановым интервенционным лечением, в актуальном эмоциональном состоянии преобладают тревожные тенденции, отражающие эмоционально напряженное ожидание предстоящего вмешательства.
2. Для пациентов характерна повышенная личностная тревожность, проявляющаяся общей эмоциональной нестабильностью и устойчивой обеспокоенностью будущим на фоне повышенной утомляемости и нервно-психической истощаемости.
3. Преобладающими типами отношения к болезни являются эргопатический и сенситивный, сочетающиеся в индивидуальных случаях с тревожными переживаниями, ипохондрическими фиксациями и явлениями раздражительной слабости.
4. Пациенты имеют преимущественно низкий уровень информированности о диагностированном у них нарушении ритма сердца, медикаментозном и немедикаментозном лечении, а также сниженную мотивацию к самостоятельному поиску соответствующей информации.
5. В структуре внутренней картины болезни пациентов перед повторной катетерной аблацией ведущими являются сенситивные тенденции, отражающие повышенную эмоциональную ранимость, склонность скрывать факт заболевания, приуменьшать связанные с ним жалобы, тревоги и опасения.

- sion and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study // *Psychosom. Med.* 2005. V.67. №5. P.692-696.
12. Fuster V., Ryden L.E., Cannom D.S. et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation) // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2006. V.48. P.149-246.
13. Kannel W.B., Wolf P.A., Benjamin E.J., Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates // *Am. J. Cardiol.* 1998. V.82(8A). P.2N-9N.
14. Kneeland P.P., Fang M.C. Current issues in patient adherence and persistence: focus on anticoagulants for the treatment and prevention of thromboembolism // *Patient Prefer Adherence.* 2010. V.4. P.51-60.
15. Lane D.A., Langman C.M., Lip G.Y., Nouwen A. Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation // *J. Psychosom. Res.* 2009. V.66. №3. P.203-210.
16. Lane D.A., Ponsford J., Shelley A. et al. Patient knowledge and perceptions of atrial fibrillation and anticoagulant therapy: effects of an educational intervention programme. The West Birmingham atrial fibrillation project // *International Journal of Cardiology.* 2006. V.110. P.354-358.
17. McCabe P.J. Psychological distress in patients diagnosed with atrial fibrillation: the state of the science // *J. Cardiovasc. Nurs.* 2010. V.25. №1. P.40-51.
18. McCabe P.J., Schad S., Hampton A., Holland D.E. Knowledge and self-management behaviors of patients with recently detected atrial fibrillation // *Heart Lung.* 2008. V.37. №2. P.79-90.
19. Mikhaylov E., Kanidieva A., Sviridova N. et al. Outcome of anatomic ganglionated plexi ablation to treat paroxysmal atrial fibrillation: a 3-year follow-up study // *Europace.* 2010 (in press). doi: 10.1093/europace/euq416.
20. Patel D., Mohanty P., Di Biase L. et al. Outcomes and complications of catheter ablation for atrial fibrillation in females // *Heart Rhythm.* 2010. V.7. №2. P.167-172.
21. Rodgers M., McKenna C., Palmer S. et al. Curative catheter ablation in atrial fibrillation and typical atrial flutter: systematic review and economic evaluation // *Health Technol. Assess.* 2008. V.12. №34. iii-iv, xi-xiii, P.1-198.
22. Sears S.F., Serber E.R., Alvarez L.G. et al. Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors // *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2005. V.28. №8. P.801-807.
23. Spragg D.D., Dalal D., Cheema A. et al. Complications of catheter ablation for atrial fibrillation: incidence and predictors // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2008. V.19. №6. P.627-631.
24. Suzuki S., Kasanuki H. The influences of psychosocial aspects and anxiety symptoms on quality of life of patients with arrhythmia: investigation in paroxysmal atrial fibrillation // *Int. J. Behav. Med.* 2004. V.11. №2. P.104-109.
25. Thrall G., Lip G.Y., Carroll D., Lane D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation // *Chest.* 2007. V.132. №4. P.1259-1264.
26. Tully P.J., Bennetts J.S., Baker R.A. et al. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery // *Heart Lung.* 2010. May 6.
27. Zado E., Callans D.J., Riley M. et al. Long-term clinical efficacy and risk of catheter ablation for atrial fibrillation in the elderly // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2008. V.19. №6. P.621-626.
28. Zung W. A self-rating depression scale // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1965. V.12. P.63-70.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

А.Н.Алехин, Е.А.Трифорова, И.О.Чумакова, Д.С.Лебедев, Е.Н.Михайлов

С целью выявления особенностей отношения к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), проходящих интервенционное лечение (ИЛ) обследованы от 24 пациента. Первичная катетерная абляция (КА) планировалась у 15 (62,5%) пациентов, повторная КА - у 9 (37,5%) пациентов. При разграничении групп с высокосимптомной (18 (75%) пациентов) и преимущественно малосимптомной (6 (25%) пациентов) ФП учитывалась общая выраженность симптоматики (по самоотчетам), способность пациентов распознавать большинство эпизодов нарушений ритма сердца и переносимость пароксизмов (периодов времени при персистирующих формах) ФП. При психологическом обследовании проводились беседа и полуструктурированное интервью, направленные на оценку актуального эмоционального статуса, степени выраженности неврозоподобных проявлений; общего самочувствия, соматических жалоб; истории и условий развития заболевания в субъективной картине болезни пациента; степени информированности о болезни и лечении; характера эмоционального реагирования на болезнь и лечение; общей приверженности к медицинским рекомендациям. Использовались тест-опросники: «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) «Шкала самооценки депрессии» Зунга и «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» («ТОБОЛ»).

Все пациенты с высокосимптомным течением ФП (18 человек) указывали на значительный физический и эмоциональный дискомфорт при нарушении деятельности сердца, сопутствующую болезни повышенную утомляемость. Само сердцебиение и специфическая симптоматика (перебои, замирание сердца) выступали в качестве доминирующих у 13 человек; 72%. Большинство пациентов с высокосимптомной ФП (16 (89%) человек) помнили, при каких обстоятельствах развился первый приступ, отмечали, что он вызвал тревогу, смутнение, страх. Отчетливое беспокойство в связи с предстоящим вмешательством было характерно для 17 (71%) пациентов. В момент обследования (заполнения тест-опросников) 16 (67%) пациентов испытывали умеренную или выраженную

обеспокоенность, напряженность. У женщин уровень ситуативной тревоги был достоверно выше, чем у мужчин. Только 7 (29%) пациентов охотно обнаруживали свои представления о заболевании, из них 4 имели среднее или высшее медицинское образование. В целом к поиску информации о своем заболевании и возможностях лечения были мотивированы 9 (37,5%) пациентов; 5 (21%) пациентов, напротив, указывали, что абсолютно не заинтересованы в сведениях о заболевании. Все пациенты указывали, что время от времени «позволяют себе» нарушать врачебные предписания, в 7 (29%) случаях пренебрежение врачебными рекомендациями было весьма очевидно, и пациентами даже предпринимались попытки его обосновать.

Таким образом, у пациентов с ФП, госпитализированных в связи с плановым ИЛ, в актуальном эмоциональном состоянии преобладают тревожные тенденции, отражающие эмоционально напряженное ожидание предстоящего вмешательства. Для пациентов характерна повышенная личностная тревожность, проявляющаяся общей эмоциональной нестабильностью и устойчивой обеспокоенностью будущим на фоне повышенной утомляемости и нервно-психической истощаемости. Преобладающими типами отношения к болезни являются эргопатический и сенситивный, сочетающиеся в индивидуальных случаях с тревожными переживаниями, ипохондрическими фиксациями и явлениями раздражительной слабости. Пациенты имеют преимущественно низкий уровень информированности о диагностированном у них нарушении ритма сердца, медикаментозном и немедикаментозном лечении, а также сниженную мотивацию к самостоятельному поиску соответствующей информации. В структуре внутренней картины болезни пациентов перед повторной КА ведущими являются сенситивные тенденции, отражающие повышенную эмоциональную ранимость, склонность скрывать факт заболевания, приуменьшать связанные с ним жалобы, тревоги и опасения.

PERCEPTION OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION TREATED USING CATHETER ABLATION TECHNIQUES

A.N. Alekhin, E.A. Trifonova, I.O. Chumakova, D.S. Lebedev, E.N. Mikhaylov

To reveal peculiar features of perception of the disease of patients with atrial fibrillation (AF) receiving interventional treatment, 24 patients were examined. The primary catheter ablation was planned in 15 patients (62.5%) and repetitive one, in 9 patients (37.5%). When differentiating the groups with highly symptomatic (18 subjects [75%]) and predominantly low symptomatic AF (6 subjects [25%]), overall severity of self-reported symptoms, ability of patients to recognize the majority of arrhythmic episodes and tolerance to paroxysms AF (or arrhythmic episodes in case of persisting AF) were taken into consideration. The psychological assessment consisted in conversation and semi-structured interview to assess the actual emotional status, severity of neurosis-like signs, well-being, physical complaints, subjective assessment history and conditions of the disease course, the degree of awareness of the disease and its treatment, character of emotional response to disease and treatment, and overall compliance with medical recommendations. The following questionnaires were used: Integrative Apprehension Test (IAT), Zung Self-Rating Depression Scale, and Technique of Psychological Diagnostics of Types of Perception of Disease (TOBOL).

All patients with highly symptomatic AF (18 subjects) reported a significant physical and emotional discomfort during the arrhythmia and accompanying fatigue. The palpitations or the specific symptoms, such as irregular or missing heartbeats, were prevalent in 13 patients (72%). The majority of highly symptomatic AF subjects (16 patients [89%]) could remember circumstances of the first episode of arrhythmia and reported anxiety, perturbation, and fear. The distinct apprehension because of the forthcoming invasive procedure was typical for 17 patients (71%). During the examination (when completing questionnaires), 16 patients (67%) reported moderate or severe concern and/or stress. The level of situational anxiety was higher in women than in men. Only 7 patients (29%) willingly showed their ideas with regard to the disease, 4 ones of them had college- or university-level medical education. Nine patients (37.5%) had motivation to seek for the information on the disease and potentialities of its treatment; as opposed to 5 patients (21%) who reported the lack of interest in the information on the disease. All patients reported that, from time to time, they afforded to violate medical prescriptions; in 7 cases (29%), the violation of was obvious, the patients even attempted to justify it.

Thus, in patients with AF admitted to hospital because of planned interventional procedure, anxious tendencies prevail in the emotional state, which reflect an emotional suspense of the forthcoming intervention. An increased personality anxiety manifested by the general emotional instability and stable concern regarding the future at the background of fatigue and neuropsychic exhaustibility are typical for the patients. Predominant types of perception of the disease are the ergopathic and sensitive one, which can be associated in individual cases with worries, morbid depressive fixations, and signs of irritating weakness. In general, the patients had insufficient information about the arrhythmia, its medical and non-medical treatment, as well as a depressed motivation to seek for the corresponding information without assistance. Sensitive trends reflecting an increased emotional vulnerability, disposition to conceal the fact of disease and to underestimate the applicable complaints, anxiety, and concerns predominate in the structure of the internal image of disorder of patients before catheter re-ablation.