

Т.В.Яковенко, Ю.В.Шубик, Г.П.Костюк, Т.В.Крятова

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА НОЗОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

*Северо-Западный центр диагностики и лечения аритмий при СПбГМА им. И.И.Мечникова,
Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург*

С целью изучения нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий обследованы 126 больных (60 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 50 до 70 лет.

Ключевые слова: хроническая фибрилляция предсердий, пароксизмальная фибрилляция предсердий, персистирующая фибрилляция предсердий, нозогенные психические реакции.

To study the structure and dynamics of nosogenic psychical reactions in patients with different types of atrial fibrillation, 126 patients (60 males and 66 females) aged 50-70 years were examined.

Key words: chronic atrial fibrillation, paroxysmal atrial fibrillation, persistent atrial fibrillation, nosogenic psychical reactions

Психические расстройства, развивающиеся у больных с сердечно-сосудистой патологией, оказывают значительное влияние на течение, прогноз основного заболевания и качество жизни (КЖ) больных. Психогенные реакции (нозогении) входят в структуру психических расстройств у соматических больных, возникают в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относятся к группе реактивных состояний. Психогении отличаются при разных заболеваниях по выраженности, распространенности, форме расстройств. Согласно результатам выборочных исследований, нозогенные психические реакции (НПР) выявляются у 13-41% больных соматического стационара [7]. Больные кардиологического профиля по данным разных исследователей психогениями страдают в 15-85% случаев [5, 6]. При этом одним из часто встречающихся факторов формирования НПР у кардиологических больных являются нарушения ритма сердца [3].

Фибрилляция предсердий (ФП) - чрезвычайно часто встречающееся нарушение ритма сердца, на долю которого приходится до 40% всех аритмий и госпитализаций в связи с нарушениями ритма сердца [11]. Психические нарушения ухудшают течение ФП, усложняя клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и увеличивают число дополнительных исследований, а также существенно снижают КЖ пациентов [9, 10, 12, 13]. Очевидно, что актуальность проблемы психосоматических расстройств, наблюдающихся у больных с ФП, определяется не только их распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика и лечение этих расстройств во многих случаях становится решающим условием эффективной терапевтической помощи [2, 3]. Известно, что психофармакологические препараты различных классов в комбинации с антиаритмическими препаратами и другой кардиотропной терапией позволяют добиться существенно лучших результатов при лечении ФП [2, 8].

Таким образом, проблема диагностики и лечения нозогенных реакций у больных с ФП представляется весьма актуальной.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры нозогенных психических реакций при различных формах фибрилляции предсердий и их динамики в зависимости от характера лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены пациенты с ФП, находящиеся в кардиологическом стационаре, не обнаруживающие признаков соматогенных расстройств. Из исследования исключались пациенты старше 70 лет, пациенты с препятствующими обследованию выраженными изменениями личности, обусловленными органическим поражением центральной нервной системы (F00-05, F07-09 по МКБ-10), грубым шизофреническим дефектом, умственной отсталостью (F71-F79), психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19).

Всего с целью изучения НПР у больных с ФП было обследовано 126 пациентов (60 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 50 до 70 лет. Средний возраст составил 61,9±5,9 года. У 110 пациентов основным заболеванием была ишемическая болезнь сердца, 28 из них перенесли инфаркт миокарда. Стенокардия напряжения II-III функционального класса была диагностирована у 82 больных. У 16 пациентов основным заболеванием была гипертоническая болезнь. У 54 из 126 (42,9%) пациентов была выявлена хроническая ФП, у 46 больных (36,5%) - пароксизмальная, у 26 (20,6%) - персистирующая (ФП продолжительностью более 7 суток, не купирующаяся самостоятельно).

НПР (психопатологически завершённые психогенные расстройства, манифестирующие в связи с соматическим заболеванием - Смулевич А.Б. 1994 г.) выявлялись с помощью клинико-психопатологического метода исследования. Использовалась классификация НПР, предложенная в 1994 г. Дробизевым М.Ю. [3]. Диагностика НПР проводилась при поступлении больного в стационар и через 3 месяца после выписки.

Все больные с ФП получали необходимую кардиотропную терапию, в том числе: у больных с хронической ФП - направленную на нормализацию частоты сердечных сокращений, у больных с пароксизмальной и перси-

стирующей ФП - на восстановление синусового ритма и профилактику приступов аритмии.

Со всеми больными с НПР проводилась рациональная психотерапия. Часть больных с НПР, помимо психотерапевтического, получали психофармакологическое лечение препаратами анксиолитического и антидепрессивного спектра действия (по показаниям). Уровень тревоги и депрессии определялся по шкалам Цунга. При поступлении все больные были обследованы с помощью методики ММРІ в модификации научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева [1].

Физическая и эмоциональная составляющие КЖ пациентов с ФП оценивались исходно (при поступлении больного в стационар) и повторно (через 3 месяца после выписки). Для оценки КЖ использовалась методика Р.А.Либис с соавт. [4], предназначенная специально для пациентов с аритмиями. Методика состоит из 21 вопроса, на каждый из которых предлагается выбрать один из 5 вариантов ответов (отсутствие влияния аритмии на тот или иной компонент КЖ - 0 баллов, очень сильное влияние на этот компонент - 4 балла). КЖ в % рассчитывалось по формуле: $100\% - (K \times KB)$, где 100% - «идеальное» качество жизни; K - коэффициент 1,19, показывающий количество процентов, которое отнимает от «идеального» КЖ каждый набранный балл при анкетировании; KB - количество баллов, набранное при анкетировании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным клинко-психопатологического обследования НПР были выявлены у 55% пациентов с ФП (69 случаев из 126).

Среди выявленных нозогений лидирующее место занимали гипернозогностические реакции 0,84 (57 случаев из 69), среди которых в свою очередь чаще встречались тревожно-фобические расстройства: 0,49 случаев (33 из 69). Тревожно-депрессивные расстройства составили 0,15 (10 из 69), соматизированные - 0,13 (9 из 69), ипохондрические - 0,07 (5 из 69). Гипонозогностические реакции были представлены синдромом прекрасного равнодушия - 0,16 (12 из 69). Нозогений психопатического и бредового уровня выявлено не было.

В группе с хронической ФП НПР выявлены у 0,50 (27 случаев из 54) больных. В группе больных с пароксизмальной ФП НПР диагностированы у 0,57 (26 из 46) пациентов. При персистирующей ФП нозогении были обнаружены у 0,62 (16 из 26) больных. Во всех группах преобладали гипернозогностические реакции.

При хронической ФП соотношение гипер- и гипонозогностических реакций составило 0,35 (23 случаев из 54) и 0,15 (5 наблюдений), при пароксизмальной ФП 0,52 (21 случай из 46) и 0,05 (4 наблюдения), при персистирующей ФП 0,5 (11 случаев из 26) и 0,12 (3 наблюдения) соответственно. Соотношение гипернозогностических, гипонозогностических и адаптированных реакций на болезнь при различных формах ФП представлено на рис. 1.

Группы больных с пароксизмальной и персистирующей ФП не имели статистически значимых отличий по всем параметрам (частота и структура НПР, шкалы тревоги, депрессии, КЖ). В группе больных с хронической ФП депрессивные НПР встречались чаще - 0,41 (11 слу-

чаев из 27), а тревожно-фобические НПР реже - 0,22 (6 наблюдений из 27), чем в группах больных с пароксизмальной и персистирующей ФП.

Депрессивные реакции при пароксизмальной ФП встречались в 0,08 (2 наблюдения из 26) случаев, тревожно-фобические в 0,73 (19 наблюдений) случаев. Депрессивные реакции при персистирующей ФП встречались в 0,13 случаев (2 наблюдения из 16), тревожно-фобические в 0,5 случаев (8 наблюдений из 16). В группе больных с хронической ФП уровень тревоги был ниже, а уровень депрессии выше в сравнении с пациентами пароксизмальной и персистирующей ФП (отличия по шкалам тревоги и депрессии Цунга статистически достоверны). Различия в показателях депрессии и тревоги по шкале Цунга при разных формах ФП представлены на рис. 2.

Эти наблюдения подтверждает также анализ результатов теста ММРІ. По данным многофакторного исследования личности (ММРІ) построены средние профили для группы больных с хронической ФП и группы, объединяющей больных с пароксизмальной и персистирующей ФП (т.к. сравнение в подгруппах больных с пароксизмальной и персистирующей ФП показало отсутствие достоверных различий между ними по всем шкалам ММРІ). На рис. 3 представлен усредненный профиль ММРІ группы больных с хронической ФП и объединенной группы больных с персистирующей и пароксизмальной ФП.

Как можно видеть, особенностью всех усредненных графиков ММРІ больных с различными формами ФП являются изменения на шкалах невротической триады (повышение профиля на 1, 2 и 3-й шкалах), которые имели характерный вид конверсионного V. В то же время

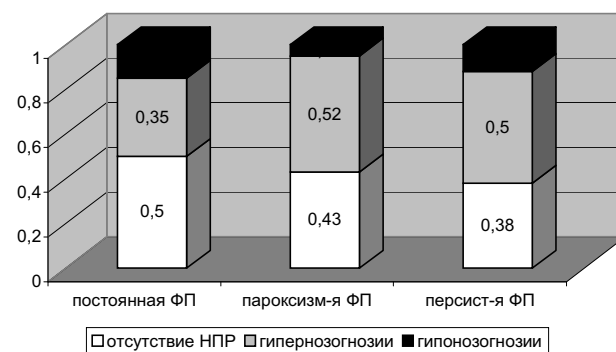


Рис. 1. Соотношение гипернозогностических, гипонозогностических и адаптированных реакций на болезнь при различных формах ФП.

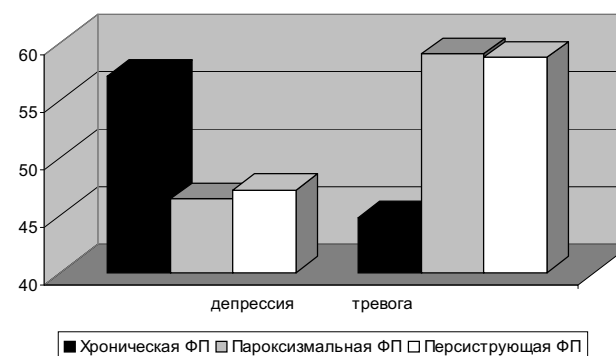


Рис. 2. Показатели депрессии и тревоги по шкале Цунга при разных формах ФП.

при сравнении графиков больных пароксизмальной и персистирующей ФП с хронической ФП выявлено достоверно более высокое расположение профиля на 3-й и 7-й шкалах. Такая конфигурация профиля отражает постоянную готовность больных с пароксизмальной и персистирующей ФП к возникновению тревожных реакций на заболевание. Тревожно-фобические нозогенные реакции в этих группах больных встречаются в 2 раза чаще, чем у больных с хронической ФП.

Исходное (до лечения) КЖ у пациентов с ФП в целом по группе составило 58,75%. Статистически существенных различий по КЖ между пароксизмальной, персистирующей и хронической ФП получено не было. Выявлена взаимосвязь между КЖ и вариантом реакции на болезнь: в группе больных с адаптивным реагированием на болезнь среднее КЖ составило 70,13%, а в группе больных с различными видами НПР среднее КЖ было существенно меньшим и составило 49,13%. Различия статистически достоверны ($p < 0,01$).

В группе пациентов, получавших, помимо стандартного кардиологического лечения, психофармакологические препараты, НПР редуцировались у 0,78 (21 случай из 27) больных. Исходно КЖ у них составляло 49,22%, на фоне лечения - 64,88%, что на 15,66% больше. Различия статистически достоверны ($p < 0,05$). В данной группе больных резистентными к проведенному комплексному лечению остались преимущественно гипонозогностические реакции (5 случаев из 6).

В группе пациентов с нозогениями, не получавших психофармакологическое лечение, редукция НПР произошла в 1 случае из 21. КЖ больных в этой группе на

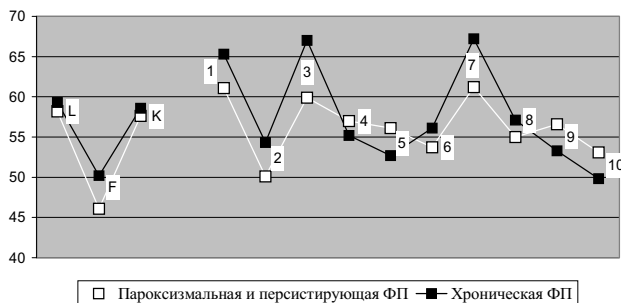


Рис. 3. Усредненный профиль MMPI группы больных с постоянной ФП и группы больных с персистирующей и пароксизмальной ФП.

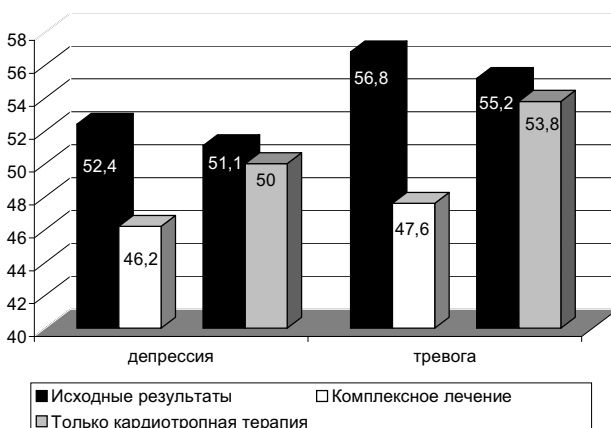


Рис. 4. Динамика тревоги и депрессии по шкале Цунга в зависимости от характера терапии.

фоне стандартной кардиотропной терапии и рациональной психотерапии также улучшилось и составило 55,88%, но различие с исходными данными оказалось равным лишь 6,85% ($p < 0,05$).

В группе больных, получавших помимо стандартного кардиологического лечения психофармакологическое лечение НПР, снизились показатели по шкалам тревоги, депрессии Цунга ($p < 0,05$). В группе больных, получавших только кардиологическое лечение и рациональную психотерапию, показатели по шкалам депрессии и тревоги снизились незначительно ($p > 0,05$). Изменения тревоги и депрессии по шкале Цунга в зависимости от характера терапии представлены на рис. 4.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Данные клинико-психопатологического обследования показали, что более чем у половины (55%) больных с различными формами ФП в качестве реакции на заболевание развиваются различные нозогении. Чаще всего НПР выявлялись при персистирующей ФП, несколько реже - при пароксизмальной ФП, еще реже - при хронической ФП, однако различия не были достоверными.

Среди выявленных НПР лидирующее место занимали гипернозогностические реакции, которые выявлялись у большинства (0,84) пациентов. Из числа гипернозогний чаще всего встречались тревожно-фобические расстройства: они составили почти половину от всех НПР. Особенно часто тревожно-фобические расстройства встречались при пароксизмальной и персистирующей ФП. Для хронической ФП более характерным было наличие тревожно-депрессивных НПР.

Оценка КЖ не показала существенных различий между пациентами с разными формами ФП. Однако выраженные статистически достоверные различия КЖ были выявлены у больных с наличием и отсутствием НПР: если в целом по всей группе больных с ФП КЖ составляло около 59%, то у больных с адаптированной реакцией на болезнь - 70%, а у больных с нозогениями - лишь 49%. Таким образом, совершенно очевидно, насколько существенным является влияние НПР на КЖ пациентов с ФП. Столь же очевидной выглядит целесообразность использования психофармакологических средств в лечении этой группы больных.

Это подтверждается результатами настоящего исследования. Из 69 больных с наличием НПР лишь 27 получали психофармакологические препараты. Их КЖ возросло более чем на 15%. В то же время у остальных пациентов, не получавших психофармакологическую терапию, КЖ тоже выросло, но менее чем на 7%. Необходимо отметить, что плохо поддавались терапии гипонозогностические реакции (синдром прекрасного равнодушия).

ВЫВОДЫ

1. Нозогенные психические реакции, преимущественно гипернозогностические, встречаются более чем у половины пациентов с различными формами фибрилляции предсердий.
2. У больных с пароксизмальной и персистирующей фибрилляции предсердий чаще наблюдаются тревожно-фобические реакции, у больных с хронической фибрилляцией предсердий - тревожно-депрессивные.

3. Наличие нозогенных психических реакций существенно снижает качество жизни пациентов с фибрилляцией предсердий.
4. Применение психофармакологических препаратов значительно улучшает качество жизни у больных с фибрилляцией предсердий и гипернозогностическими нозо-

генными психическими реакциями и является обязательным компонентом их лечения.

5. Лечение психофармакологическими средствами пациентов с фибрилляцией предсердий и гипонозогностическими нозогенными психическими реакциями имеет низкую эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.Б. Методика многостороннего исследования личности.-М., 1976.
2. Добровольский А.В., Дробижев М.Ю. Психотропные средства у пациентов с соматическими заболеваниями. // Журнал неврологии и психиатрии.-1998.-N7.-С.53-62.
3. Дробижев М.Ю., Тхостов А.Ш., Дроздов Д.В. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. // Врач.-1994.- N1.-С.53-54.
4. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями. // Кардиология.-1998.-N3.-С.49-51.
5. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений). Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под ред. А.Б.Смулевича и А.Л. Сыркина. М 1994 12-19.
6. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). // Общие вопросы неврологии и психиатрии.- 1997.-N2.-С.4-9.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи). // Журнал неврологии и психиатрии.-1999.-N4.-С.4-16.
8. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М.: 2000.- 159 с.
9. Шпак Л.В., Кононова А.Г. Состояние гемодинамики, эмоциональные расстройства и отношение личности к болезни при лечении нарушений сердечного ритма в амбулаторных условиях. // Кардиология.-1999.- N4.-С.33-37.
10. Brignole M. Ablate and pace: a pragmatic approach to paroxysmal atrial fibrillation not controlled by antiarrhythmic drugs. // Heart.-1998.- V. 79, N6. P. 531-533.
11. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara P.M. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham study.// New Engl. J. Med.- 1982.-V.306,N17.-P.1018-1022.
12. Lavoie K.L., Laurin C., Fleet R. et al. Is anxiety bad for your heart? The relationship between anxiety sensitivity and reduced heart rate variability in coronary artery disease patients. // J. Psychosom. Res.-2003.-V.306, N2.-P.136-142.
13. Pilovsky I. The concept of abnormal illness behavior. // Psychosomatics.-1990.-V.31, N2.-P.207-213.

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА НОЗОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Т.В.Яковенко, Ю.В.Шубик, Г.П.Костюк, Т.В.Крытова

С целью исследования структуры и динамики нозогенных психических реакций (НПР) у больных фибрилляцией предсердий (ФП) обследовано 126 пациентов (60 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 50 до 70 лет. У 54 пациентов была хроническая ФП, у 46 больных - пароксизмальная ФП. С персистирующей формой ФП обследовано 26 больных. По данным клинико-психопатологического обследования установлено: 55% больных ФП страдают различными НПР. При всех формах ФП гипернозогностические реакции встречаются чаще, чем гипонозогностические. Больные с пароксизмальной и персистирующей ФП больше склонны к формированию тревожно-фобических НПР, в то время как у пациентов с хронической ФП чаще возникают депрессивные НПР. Обнаружено, что НПР существенно снижают КЖ больных с ФП. Так, КЖ в группе больных без НПР составляет 70,13%, а в группе с нозогениями - 49,44%. Лучших результатов в лечении НПР удалось достичь с помощью сочетания рациональной психотерапии и психофармакотерапии на фоне необходимого кардиологического лечения (НПР редуцировались в 0,78 случаях). Лечение НПР без психофармакологических препаратов оказалось менее эффективным (редукция произошла в 0,05 случаях).

STRUCTURE AND DYNAMICS OF NOSOGENIC PSYCHICAL REACTIONS IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF ATRIAL FIBRILLATION

T.V. Yakovenko, Yu.V. Shubik, G.P. Kostyuk, T.V. Kryatova

To study the structure and dynamics of nosogenic psychical reactions in patients with atrial fibrillation, 126 patients (60 males and 66 females) aged 50-70 years were examined. Fifty-four patients had chronic atrial fibrillation, 46 ones, paroxysmal atrial fibrillation, and 26 patients had persistent atrial fibrillation. According to the data of clinical and psychopathologic assessment, 55% of patients had different nosogenic psychical reactions (NPR). In all forms of atrial fibrillation, hypernosognosic reactions were observed more frequently than hyponosognosic ones. Patients with paroxysmal and persistent atrial fibrillation had inclination to anxious and phobic NPR, whereas the depressive NPRs were more frequent events in patients with chronic atrial fibrillation. NPR significantly depressed the quality of life of patients with atrial fibrillation. For instance, the quality of life was 70.3% in patients with and 49.44% in patients without NPR. A better effect of treatment of atrial arrhythmias was obtained with the aid of combination of rational psychotherapy and psycho-medical treatment at the background of the indicated cardiologic medical treatment (NPR reduced in 0.78 of cases). The treatment of NPR without psychopharmacological drugs turned out to be less effective (reduction occurred in 0.05 of cases).