

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кутузова А.Э., Бутова Н.Н., Алексеева Н.П., Петрова Н.Н.

ФГУ «НИИ кардиологии имени В.А.Алмазова» Росздрава; Государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Резюме

Нередкое сочетание у пациентов синдрома слабости синусового узла (СССУ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) показало необходимость комплексного изучения их влияния на адаптированность больных такого рода. Проведена оценка качества жизни (КЖ) и психического статуса больных с СССУ и ХСН ишемической этиологии. Использован тест с 6-минутной ходьбой, а также обследование уровня депрессии, тревоги, алекситимии; оценивали копинг-механизмы и индекс жизненного стиля у 75 больных ИБС, осложненной ХСН I-II (NYHA) с СССУ и без него.

Дополнительного отрицательного влияния СССУ на соматический, психический статус и КЖ пациентов с ХСН не выявлено.

Ключевые слова: синдром слабости синусового узла, хроническая сердечная недостаточность, психический статус, качество жизни, механизмы адаптации

Современная кардиологическая практика показала, что ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия являются основными этиологическими причинами таких состояний как хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и синдром слабости синусового узла (СССУ), которые могут регистрироваться у одного и того же пациента [9, 10]. Клиническая картина указанных осложнений также известна — это проявления неадекватности гемодинамики вследствие либо бради-тахикардии, либо нарушения сократительной способности мышцы сердца. Однако легко предположить, что сочетание СССУ и ХСН не только изменяет функциональные возможности больного, но и влияет на его адаптированность к условиям внешней среды, а, следовательно, качество жизни (КЖ) и психический статус, что обуславливает актуальность комплексной, мультидисциплинарной методики обследования данного контингента пациентов.

Цель исследования: оценить качество жизни и психический статус больных с СССУ и ХСН ишемической этиологии.

Материалы и методы

В исследование были включены 75 больных ИБС, осложненной ХСН I-II функционального класса (NYHA), из находившихся на стационарном лечении в клинике НИИ кардиологии имени В.А.Алмазова: 38 больных с СССУ (основная группа) и 37 больных без СССУ (группа сравнения). Основная группа была представлена 26 женщинами и 12 мужчинами в возрасте 68 ± 1 год, что подтверждает представление о наибольшей распространенности СССУ у женщин и

лиц старше 60 лет. У больных основной группы фракция выброса левого желудочка (ФВ), по данным эхокардиографического исследования, составила $56,7 \pm 1,8\%$; ХСН I функционального класса отмечалась в 21 случае, II функционального класса — в 17 случаях; стенокардия напряжения I-II функционального класса регистрировалась у 26% больных; 10% пациентов перенесли в прошлом инфаркт миокарда (ИМ); гипертоническая болезнь была диагностирована у 58% больных. Постоянный кардиостимулятор (ААI режим стимуляции) был имплантирован 24% пациентов основной группы.

Группа сравнения была представлена 16 женщинами и 21 мужчиной. Несмотря на то, что возраст всех исследуемых пациентов можно рассматривать как сопоставимый (лица пожилого возраста), больные без СССУ оказались моложе пациентов основной группы (65 ± 1 год, $p < 0,03$). Средние значения ФВ в группе сравнения составили $51,9 \pm 2,0\%$; ХСН I функционального класса отмечалась в 19, II функционального класса — в 18 случаях. Исключая выраженность ХСН, клинический статус больных группы сравнения оказался тяжелее: так, стенокардия напряжения II-III функционального класса регистрировалась у 70% пациентов, 46% больных перенесли в прошлом ИМ, гипертоническая болезнь была выявлена в 86% случаев.

В стандартную терапию пациентов входили ингибиторы АПФ, мочегонные и антиагреганты. Бета-блокаторы получали больные с имплантированными ПЭКС и 70% пациентов группы сравнения. После стабилизации медикаментозной терапии у всех больных оценивалась переносимость физических нагруз-

Таблица 1

Одышка и сердцебиение у больных исследуемых групп при выполнении теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) ($M \pm m$)

ТШХ	Основная группа (n=38)	Группа сравнения (n=37)	Достоверность различий
Пройдено метров	387 $\pm$ 12	344 $\pm$ 20	(критерий Манна-Уитни) $p < 0,023$
Интенсивность жалоб (сумма баллов по Боргу)	6,0 $\pm$ 0,8	5,3 $\pm$ 0,9	$p > 0,05$
ЧСС (уд/мин), исходно	59 $\pm$ 1	76 $\pm$ 1	$p < 0,001$
ЧСС (уд/мин), 6-я минута	63 $\pm$ 1	79 $\pm$ 2	$p < 0,001$
ЧСС (уд/мин), ВП	61 $\pm$ 1	73 $\pm$ 2	$p < 0,001$
Ощущение выраженности сердцебиения (баллы по Боргу)	0,7 $\pm$ 0,2	1,0 $\pm$ 0,2	$p > 0,05$
ЧД (в/мин), исходно	15 $\pm$ 0,1	19 $\pm$ 0,7	$p < 0,001$
ЧД (в/мин), 6-я минута	16 $\pm$ 0,3	21 $\pm$ 0,7	$p < 0,001$
ЧД (в/мин), ВП	15 $\pm$ 0,2	19 $\pm$ 0,6	$p < 0,001$
Ощущение выраженности одышки (баллы по Боргу)	1,4 $\pm$ 0,2	1,3 $\pm$ 0,3	$p > 0,05$

зок с помощью теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ). Интенсивность возникавших при выполнении теста жалоб (одышки, сердцебиения, общей усталости, усталости ног, головокружения, болей) ранжировалась по 11-балльной шкале Борга и суммировалась [11]. В обеих группах с помощью неспецифической экспериментально-психологической методики SF-36 и специфического для больных с ХСН Миннесотского опросника (MLHFQ) изучалось связанное со здоровьем качество жизни [1, 5].

Психический статус пациентов исследовался следующим образом: уровень депрессии и тревоги оценивался в соответствии с самооценочными шкалами депрессии Зунга и тревожности Спилбергера [2]. Для определения ведущих механизмов «совладания» (копинг-поведения) со сложной стрессовой ситуацией, обусловленной хронической соматической патологией, применялся опросник Хейма [8], диагностика защитных психологических механизмов проводилась с помощью методики Келлермана-Плутчика [3]. Торонтская алекситимическая шкала (TAS) использовалась для оценки выраженности алекситимии — устойчивой личностной характеристики, проявляющейся в неспособности субъекта выражать и регулировать причиняющие страдания эмоции [6].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Statistica.

Результаты и обсуждение

За 6 минут нагрузочной пробы больные с CCCУ проходили большую дистанцию, чем пациенты группы сравнения, однако выраженность жалоб, сопровождавших ТШХ, у больных обеих групп достоверно не различалась. Несмотря на терапию бета-блокаторами, исходно, на 6-й минуте пробы и через 3 минуты восстановительного периода (ВП), у пациентов группы сравнения значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) были закономерно выше, чем у больных с CCCУ. У пациен-

тов основной группы также регистрировалась меньшая частота дыхания (ЧД) как исходно, так и при выполнении пробы (табл. 1).

Следует отметить, что у больных с CCCУ регистрировалась связь результатов пробы с возникающими в момент ТШХ субъективными ощущениями, а у пациентов группы сравнения — с возрастом и величиной ФВ (табл. 2).

Таким образом, несмотря на старший возраст и преобладание в группе женщин, результаты нагрузочной пробы у больных с CCCУ были лучше, чем у пациентов группы сравнения, что, скорее всего, является следствием более тяжелого клинического статуса последних. Однако, большую переносимость ТШХ больными с CCCУ, можно рассматривать и как следствие регистрируемой у них умеренной брадикардии, физиологически целесообразной при выполнении физических нагрузок [7].

При исследовании психического статуса и качества жизни больных были получены следующие данные. Вопреки представлениям современных исследователей о частых аффективных нарушениях у пациентов с сердечно-сосудистой патологией [4], уровень депрессии у больных основной группы и группы сравнения был низким (53 $\pm$ 1,4 балла и 51 $\pm$ 1,6 балла, соответственно). Однако, как прочие хронические соматические больные, все испытуемые были высокотревожны (личностная тревожность составляла 51 $\pm$ 1,3 балла у пациентов с CCCУ и 54 $\pm$ 1,8 балла у больных группы сравнения). Ситуативная (реактивная) тревога (т.е., аффективная реакция на происходящие в настоящий момент события — пребывание в стационаре, обострение заболевания) была более выражена в группе сравнения (47 $\pm$ 2,1 балла против 41 $\pm$ 1,4 балла у пациентов с CCCУ, $p < 0,01$), что, скорее всего, может быть отражением переживаний больных с большими функциональными нарушениями и меньшей переносимостью физических нагрузок.

Таблица 2

Корреляционная связь результатов ТШХ

Показатели (основная группа)	Коэффициент корреляции Спирмена	Достоверность различий
ТШХ(метры) – сердцебиение (баллы по Боргу)	-0,424	p =0,008
ТШХ(метры) – усталость ног (баллы по Боргу)	-0,407	p =0,011
ТШХ(метры) – головокружение (баллы по Боргу)	-0,403	p =0,012
ТШХ(метры) – сумма баллов (по Боргу)	-0,346	p =0,033
Показатели (группа сравнения)	Коэффициент корреляции Спирмена	Достоверность различий
ТШХ(метры) – ФВ, %	-0,476	p=0,019
ТШХ(метры) – возраст (года)	-0,378	p=0,028

Обращала на себя внимание связь результатов ТШХ и уровня реактивной тревоги в основной группе (коэффициент корреляции Спирмена – 0,37; $p=0,02$).

У пациентов рассматриваемых групп неспособность к вербализации возникающих чувств и эмоций была выражена в разной степени. Так, у больных с CCCУ регистрировалась выраженная алекситимия (79 ± 2 балла), в то время как в группе сравнения отмечалась лишь склонность к алекситимии (74 ± 2 балла, $p < 0,05$). Полученные данные подтверждают представление об алекситимии как динамической характеристике личности, меняющейся в зависимости от клинической картины заболевания: чем выраженной функциональные нарушения, тем тяжелее переживания, которые пациент вынужден высказывать в виде увеличивающегося количества жалоб, снижая, таким образом, алекситимический радикал.

Хроническое заболевание сердечно-сосудистой системы повлияло и на стратегии «совладания» (копинга) больных с жизненными трудностями (рис.1, 2). В поведенческой сфере почти у половины (47%) пациентов основной группы регистрировались неконструктивные копинг-механизмы: больные избегали решений возникших проблем, либо изолировались, оставаясь наедине с собой; 34% больных с CCCУ использовали относительно конструктивные механизмы копинг-поведения, отвлекаясь от трудностей, погружаясь в иные дела и заботы. Конструктивное поведение демонстрировали лишь 13% пациентов с CCCУ.

В группе сравнения также достаточно часто преобладало неконструктивное копинг-поведение: 42% больных изолировались и избегали решений проблем. В 25% случаев пациенты группы сравнения относительно конструктивно справлялись с трудностями, отвлекаясь от них. В отличие от больных с CCCУ, в группе сравнения конструктивные поведенческие копинг-механизмы демонстрировали 31% больных (обращаясь к окружающим за советом, в сотрудничестве с другими людьми, либо в альтруистических заботах разрешая свои проблемы).

В когнитивной сфере у 50% пациентов с CCCУ и 54% больных группы сравнения ре-

гистрировались конструктивные копинг-механизмы: чаще всего пациенты сохраняли самообладание, либо анализировали затруднительную ситуацию. Относительно конструктивные копинг-механизмы в когнитивной сфере демонстрировали 13% больных основной и 19% больных группы сравнения. Неконструктивные копинг-механизмы регистрировались в 39% случаев у больных с CCCУ (чаще – игнорирование проблем) и в 26% случаев у пациентов группы сравнения (чаще – смирение).

В эмоциональной сфере у всех больных почти с одинаковой частотой регистрировались как конструктивные (чаще – оптимизм), так и неконструктивные копинг-механизмы (чаще – подавление эмоций в себе). Кроме того, в эмоциональной сфере 16% пациентов обеих групп демонстрировали относительно конструктивные копинг-механизмы (чаще – эмоциональная разгрузка).

Таким образом, у исследуемых пациентов были зарегистрированы, в основном, однотипные стратегии «совладания» с жизненными трудностями, что свидетельствует о существовании единых механизмов адаптации к витальной угрозе тяжелого хронического сердечно-сосудистого заболевания.

Механизмы психологической защиты пациентов оценивались в соответствии с методикой Келлермана-Плутчика. Выяснилось, что для преодоления жизненных трудностей больные с CCCУ чаще использовали следующие поведенческие стереотипы: примитивную «регрессию» ($p < 0,005$), заменяющую решение сложных задач привычными стереотипны-

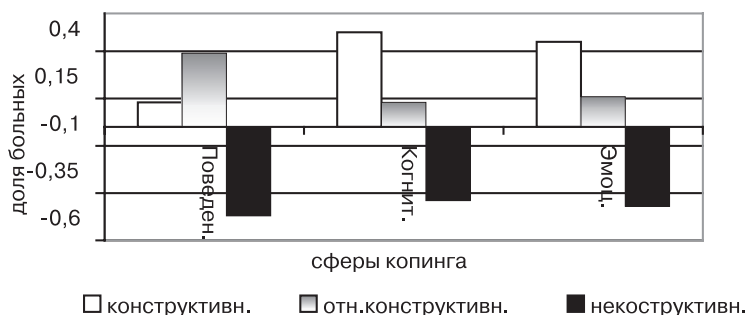


Рис. 1. Копинг-механизмы больных с CCCУ.

Таблица 3

Корреляционная связь результатов ТШХ и психологических механизмов адаптации у больных группы сравнения

ТШХ(метры)	Коэффициент корреляции Спирмена	Достоверность различий
Реактивные образования (Плутчик-Келлерман)	0,47	$p = 0,005$
Регрессия (Плутчик-Келлерман)	0,54	$p = 0,037$

ми простыми действиями, и «замещение», смещающего напряжение на «безопасные» для пациента объекты, однако не способствующего достижению поставленной цели ($p < 0,02$). По-видимому, обеднение адаптационных стратегий психологической защиты у больных с CCCУ можно объяснить инволюционными изменениями.

Пациенты группы сравнения, напротив, стремились к «интеллектуализации» и рациональным рассуждениям по поводу тревожащих их событий, демонстрируя, таким образом, преобладание зрелых механизмов психологической защиты ($p < 0,05$). Обращала на себя особое внимание регистрируемая у больных группы сравнения связь результатов ТШХ и психологических адаптационных механизмов, подтверждающая значимость психологических факторов для физического функционирования данного контингента пациентов (табл. 3).

По данным методики MLHFQ, качество жизни групп больных — основной и сравнения — не различалось, составив $24 \pm 2,5$ балла и $19 \pm 1,9$ балла, соответственно. В соответствии с результатами неспецифического опросника SF-36 (рис. 3), качество жизни больных с CCCУ было выше, чем у пациентов группы сравнения по шкалам «свобода от боли» (BP) и «социальное функционирование» (SF). Регистрировалась корреляционная связь результатов ТШХ и оценки своего физического функционирования (шкала PF) у больных группы сравнения (коэффициент корреляции Спирмена = 0,47; $p = 0,005$).

Скорее всего, более высокое качество жизни больных с CCCУ объясняется у них отсутствием высокого класса тяжести стенокардии напряжения и выраженных функциональных нарушений. Причиной неудовлетворенности пациентов группы сравнения социальным функционированием может стать несоответствие уровня притязаний и физических возможностей у соматически неблагополучных, тревожных, но пытающихся активно адаптироваться к изменяющейся жизненной ситуации больных.

Выводы

В настоящем исследовании не было выявлено дополнительного отрицательного влияния CCCУ на соматический и психический статус пациентов с сочетанием CCCУ

и ХСН. Больные с CCCУ не только проходили за 6 минут нагрузки большую дистанцию, но и демонстрировали меньшую реактивную тревогу и большую удовлетворенность своим качеством жизни.

Примитивизация механизмов психологической защиты у данной категории более пожилых пациентов, по-видимому, является следствием инволюционных изменений.

Связь результатов нагрузочной пробы с показателями качества жизни и механизмами психологической адаптации подтверждает большую значимость психических факторов для функционирования у высокотренированных, менее алекситимичных, эффективно адаптирующихся, но соматически более тяжелых больных группы сравнения.

Вместе с тем, зарегистрированные у пациентов с CCCУ и ХСН тревожность, неспособность дифференцировать возникающие жалобы, не всегда адекватные поведенческие реакции могут рассматриваться в качестве основных мишеней дополнительного специализированного вмешательства психотерапевтов и психологов, направленного на индивидуализацию и увеличение эффективности проводимого лечения.

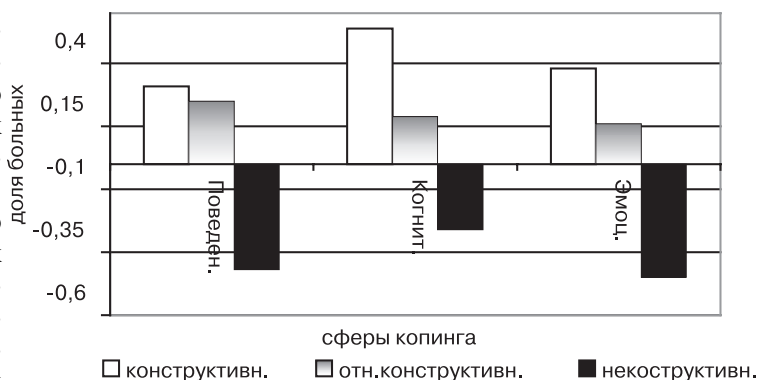


Рис. 2. Колинг-механизмы больных группы сравнения.

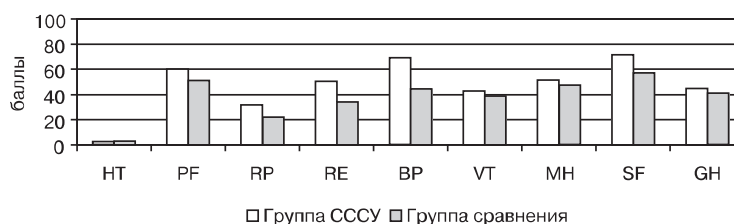


Рис. 3. Качество жизни больных (методика SF-36)

Литература

1. Андреева Г.Ф., Оганов Р.Г. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью // Терапевтический архив.-2002.-Т.74.-N 1.-С.8-16.
2. Ахмеджанов Э.Р. Психологические тесты.— «Лист», М.-1996.-320с.
3. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и соавт. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для врачей и психологов. С.-Пб., 1999, 49с.
4. Гарганеева Н.П., Тетенов Ф.Ф. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике // Клиническая медицина.-2001.-Т.79.-N8.-С.60-63.
5. Гендлин Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В. и соавт. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения // Сердечная недостаточность.-2000.-Т.1.-N2.-С.74-80.
6. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я. и соавт. Алкситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца // Клиническая медицина.-1997.-Т.75.-N 11.— С.32-33.
7. Земцовский Э.В. Спортивная кардиология. СПб.: «Гиппократ».-1995.-448с.
8. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Недошивин А.О. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы // Обозрение психиатрии и мед. психологии им В.М. Бехтерева.-2002.— N 2.-С.4-7.
9. Полубоярова Н.М., Алексеева Л.А., Преображенский Д.В. и соавт. Этиология хронической сердечной недостаточности и причины смерти больных старших возрастных групп // Журнал Сердечная недостаточность.-2002.-Т.3.-N 2912).-С.74-75.
10. Hsueh C.W., Lee W.L., Chen Y.T., Ting C.T. The incidence of coronary artery disease in patients with symptomatic bradyarrhythmias // Jpn. Heart. J.-2001.-V.42.-N4.-P.417-423.
11. McBurney H. Cardiac rehabilitation // Physiotherapy for respiratory and cardiac problems / Ed. by Pryor J.A., Webber B.A. Second edition. Churchill Livingstone.1998.-P.387-411.

Abstract

Sick sinus syndrome (SSS) and chronic heart failure (CHF) are combined quite often, that explains the need for complex study of their effects on adaptation status in such patients. To assess quality of life (QoL) and psychological status in patients with SSS and ischemic CHF. Six-minute walking test was performed; depression, anxiety, alexithymia levels, QoL, coping mechanisms and lifestyle index were assessed in 75 patients with coronary heart disease (CHD), associated with NYHA class I-II CHF, with or without SSS. In CHF patients, no additional adverse effects of SSS on somatic, psychological status and QoL were observed.

Keywords: sick sinus syndrome, chronic heart failure, psychological status, quality of life, mechanisms of adaptation.

Поступила 12/10-2005