

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛАЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРОХОДЯЩИХ ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А.Н. Алёхин¹, Е.А. Трифонова^{1,2}, И.О. Чумакова¹, Д.С. Лебедев³, Е.Н. Михайлов³

*¹Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Россия.*

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

*³ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития,
Санкт-Петербург, Россия.*

Алёхин Анатолий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена; Лебедев Дмитрий Сергеевич – доктор медицинских наук, руководитель научно-исследовательского отдела интервенционной аритмологии ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»; Михайлов Евгений Николаевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела интервенционной аритмологии ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова»; Трифонова Елена Александровна – кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева; Чумакова Ирина Олеговна: аспирант кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

Контактная информация: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, наб. р. Мойки, д. 48, Санкт-Петербург, Россия, 191186. Тел.: (812) 312-07-22. Факс: (812) 312-22-28. E-mail: termez59@mail.ru (Алехин Анатолий Николаевич).

Резюме.

Цель исследования: определение роли клинических факторов в формировании качества жизни (КЖ) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), проходящих интервенционное лечение. **Материалы и методы:** Было обследовано 50 пациентов с ФП (24 мужчины и 26 женщин в возрасте от 40 до 69 лет, средний возраст $56,9 \pm 6,6$ лет), госпитализированных в связи с плановым лечением методом радиочастотной катетерной абляции (РЧКА). Использовались метод беседы и общий опросник КЖ «SF-36». **Результаты:** КЖ пациентов существенно снижено преимущественно за счет физического аспекта и не зависит от характера течения заболевания (пароксизмальный, постоянный) и его этиологической формы (идиопатическая / на фоне сердечно-сосудистой патологии). Пациенты с высокосимптомным течением ФП (по данным самоотчетов) более информированы о заболевании и имеют более низкое КЖ по сравнению с относительно менее симптомными пациентами за счет ограничивающего влияния болевых ощущений на повседневную жизнедеятельность (шкала боли). Пациенты, повторно проходящие лечение методом РЧКА, имеют достоверно более низкие показатели по шкале жизнеспособности. Больные с ФП на фоне ГБ испытывают большие психологические трудности (шкала «Психическое здоровье») и ограничения в социальном функционировании (шкала «Социальная активность»), чем пациенты без ГБ. По мере увеличения продолжительности заболевания у пациентов повышается информированность о нем, приверженность к лечению, а также разнообразие соматических жалоб, при этом большая информированность пациентов о заболевании связана с существенно пониженным КЖ. **Выводы:** КЖ больных с ФП снижено, зависит от степени симптомности, опыта лечения, наличия / отсутствия ГБ. Влияние ФП на КЖ пациентов в значительно степени опосредовано их представлениями о сути и серьезности заболевания.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, катетерная аблация, качество жизни, отношение к болезни, психосоциальная адаптация

CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENS WITH ATRIAL FIBRILLATION UNDERGOING INTERVENTIONAL TREATMENT

A.N. Alekhin¹, E.A. Trifonova^{1,2}, I.O. Chumakova¹, D.S. Lebedev³, E.N. Mikhaylov³

¹*Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg.*

²*Bekhterev Research Psychoneurological Institute, Saint Petersburg.*

³*Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Centre, Saint Petersburg.*

Corresponding author: Herzen State Pedagogical University of Russia, Moika embankment, 48, Saint Petersburg, Russia, 191186. Tel.: (812) 312-07-22. Fax: (812) 312-22-28. E-mail: termez59@mail.ru (Anatoly N. Alekhin – M.D., Professor, Head of Clinical Psychology Department, Herzen State Pedagogical University of Russia).

Abstract.

Objective: to evaluate the impact of clinical factors on quality of life (QoL) in patient with atrial fibrillation (AF) undergoing interventional treatment. **Design and methods:** 50 patients with AF (24 males, 26 females aged 40-69, the mean age $56,9 \pm 6,6$), hospitalized to undergo treatment with radiofrequency catheter ablation (RCA) were examined. Interview and the SF-36 Health Survey were used. **Results:** The patients' QoL is significantly impaired chiefly in physical domains, doesn't depend on the clinical form of AF (paroxysmal / permanent, idiopathic / as a result of structural heart disease). Highly symptomatic patients (on the basis of subjective reports) are more informed about the illness and have poorer QoL in Bodily Pain domain than the patients with less symptomatic AF. Patients iteratively undergoing RCA-treatment have lower scores on Vitality scale. Patients with AF and arterial hypertension have more psychological problems (Mental Health scale) and difficulties in social activity (Social Functioning scale). The more duration of the disease, the higher the patients' level of knowledge about AF, adherence to treatment, the number and variety of somatic complaints. Also the patients' level of knowledge about AF negatively correlates with QoL scores. **Conclusions:** QoL in patients with AF is impaired, associated with number of symptoms, treatment experience, presence of arterial hypertension. The influence of AF on the patients' QoL is mediated by their beliefs about the essence and severity of the disease.

Key words: atrial fibrillation, catheter ablation, quality of life, attitude towards disease, psychosocial adjustment.

Статья поступила в редакцию: 08.07.2011, принята к печати 31.07.2011.

Введение.

В настоящее время в профессиональном сообществе общепризнанным является значение качества жизни (КЖ) как базового критерия эффективности медицинских вмешательств и лечебно-восстановительного процесса в целом. КЖ, связанное со здоровьем, определяется как интегративная характеристика физического, психического и социального благополучия человека, основанная на его субъективной оценке влияния физического и психического состояния на способность удовлетворять актуальные потребности и выполнять значимые социальные функции. Многочисленные исследования свидетельствуют о снижении КЖ у больных с соматическими расстройствами [1]. К категории таких расстройств относится и аритмия сердца, в частности, ее наиболее распространенная форма – фибрилляция предсердий (ФП) [2].

Особенности клинического проявления ФП обусловливают существенные нарушения КЖ больных [3-5]. В то же время значительная вариативность симптомов и характера течения данной формы аритмии, неодинако-

вый опыт лечения, разная степень отягощенности органической сердечно-сосудистой патологией определяют неоднородность популяции больных ФП и необходимость внимания к своеобразию влияния отдельных клинических характеристик на качество их жизни.

В литературе имеются весьма противоречивые данные о связи КЖ при ФП с формой ее течения, тяжестью, динамикой и другими клиническими параметрами: в ряде исследований выявляются существенные различия между клиническими подгруппами пациентов [6-9], однако есть свидетельства и относительной независимости субъективного благополучия пациентов от объективно оцениваемого соматического статуса [10]. Ведущая роль в формировании КЖ отводится при этом эмоциональному состоянию, ситуационным характеристикам и социально-экономическому статусу больных [11-14]. Преодоление выявленных противоречий делает необходимым дальнейшее изучение данного вопроса. Знание об особенностях влияния заболевания на повседневную жизнедеятельность пациентов позволило бы обосновать дифференцированный подход в психологическом сопровождении лечения, расширить возможности для комму-

никиации врача и больного с целью выбора адекватной тактики лечения, оценки его эффективности и обеспечения комплаентности.

Цель настоящего исследования: определение роли клинических факторов в формировании КЖ у пациентов с ФП, проходящих интервенционное лечение.

Материалы и методы исследования.

На базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции №1 и кардиологического отделения №2 ФГУ «ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова» было обследовано 50 пациентов с ФП (24 мужчины и 26 женщин в возрасте от 40 до 69 лет, средний возраст $56,9 \pm 6,6$ лет), госпитализированных в связи с плановым лечением методом радиочастотной катетерной абляции (РЧКА).

Исследование проводилось с информированного согласия пациентов в день госпитализации, до проведения процедуры РЧКА.

В рамках психологического обследования были использованы следующие методы и методики.

1) Беседа, направленная на оценку эмоционального статуса, общего самочувствия, переживаний, связанных с заболеванием, информированности о нем, приверженности лечению и образа жизни в целом. При количественном анализе данных учитывались следующие характеристики, оцениваемые по результатам беседы.

- Количество и качество симптомов по самоотчетам пациентов.

- Информированность о заболевании – оценивалось по 3-балльной шкале на основании осведомленности пациента о диагнозе, сути заболевания и предстоящего лечения, принимаемых лекарственных препаратах и их действии.

- Приверженность к лечению – оценивалась по 3-балльной шкале на основании самоотчетов пациентов

с учетом мнения лечащих врачей.

2) Краткий общий опросник оценки статуса здоровья SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey») [1, 15] – наиболее широко используемый общий опросник для оценки КЖ пациентов с соматической патологией.

Для уточнения роли клинических факторов в формировании КЖ был проведен анализ самоотчетов по методике «SF-36» в зависимости от следующих характеристик:

- количество проявлений физического дискомфорта в связи с ФП;
- форма течения ФП (пароксизмальная / постоянная);
- этиологическая форма ФП (на фоне сердечно-сосудистой патологии / идиопатическая);
- наличие / отсутствие гипертонической болезни (ГБ), ишемической болезни сердца (ИБС);
- давность постановки диагноза ФП;
- наличие / отсутствие опыта лечения методом РЧКА.

Также было изучено соотношение показателей КЖ с информированностью пациентов о заболевании и их приверженностью к лечению.

При математико-статистическом анализе данных использовались методы описательной статистики (частоты, среднее арифметическое, стандартное отклонение); метод оценки нормальности распределения (Колмогорова-Смирнова); методы выявления различий (U-критерий Манна-Уйтни, критерий Хи-квадрат); методы выявления связей (коэффициент корреляции Спирмена). Данные обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 19.

Результаты исследования.

Основные клинические характеристики обследованной группы представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Клинические характеристики обследованных больных

Количество пациентов	Клинические характеристики				Количество симптомов				Этиологическая форма фибрилляции предсердий			Форма течения фибрилляции предсердий		Опыт лечения методом РЧКА
	абс.	5 симптомов	3-4 симптома	1-2 симптома	Малосимптомное течение	На фоне ГБ	На фоне ИБС	На фоне ГБ и ИБС	Идиопатическая форма	Пароксизмальная форма	Постоянная форма	РЧКА в анамнезе	Первично лечение методом РЧКА	
абс.	6	23	18	3	23	2	18	7	40	10	16	34	32	68
%	12	46	36	6	46	4	36	14	80	20				

Примечание: ГБ – гипертоническая болезнь, ИБС – ишемическая болезнь сердца,
РЧКА – радиочастотная катетерная абляция

У большинства пациентов (36 чел. / 72%) диагноз был поставлен от полугода до 5 лет назад, у 6 пациентов (12%) – 6-10 лет назад, у 8 пациентов (16%) – более 10 лет назад. Средняя давность заболевания – $5,8 \pm 5,8$ лет.

В обследованной группе на уровне тенденции отмечалось несколько более симптомное течение заболевания у женщин ($\chi^2 = 5,31$, $p = 0,07$). Кроме того, у мужчин достоверно чаще диагностировалась ишемическая болезнь сердца (ИБС) (58,3% против 19,2%, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,01$).

Пациенты с идиопатической формой ФП в среднем были моложе ($U = 56,5$, $p < 0,01$). На уровне статистической тенденции выявлялась связь между возрастом пациентов и давностью начала заболевания ($r_s = 0,25$, $p = 0,08$).

По результатам беседы и применения опросника «SF-36» было установлено, что пациенты воспринимают заболевание как препятствие к удовлетворению актуальных потребностей: нарушение ритма сердца существенно ограничивает повседневную активность пациентов, как непосредственно (вследствие возросшей утомляемости, обременительного физического дискомфорта), так и опосредованно – в связи осознанными самоограничениями и принятием роли больного, тревожным ожиданием приступа, навязчивыми опасениями, требованиями лечебного процесса.

Данные обследованных пациентов по методике SF-36 представлены в табл. 2. Полученные показатели достоверно ниже среднепопуляционных по Санкт-Петербургу, представленных А.А. Новиком и Т.И. Ионовой [1]. В наибольшей степени у пациентов страдает физический (соматический) аспект КЖ, отражающий самооценку физического здоровья, функциональных возможностей и общего самочувствия.

Качество жизни и демографические характеристики

При сравнении показателей КЖ мужчин и женщин достоверные различия были обнаружены только по шкале физической активности: женщины чаще отмечали негативное влияние соматического состояния на переносимость повседневных физических нагрузок (подъем по лестнице, переноска тяжестей, ходьба и т.п.) (средние ранги 32,2 против 18,6, $U = 133$, $p = 0,001$). На уровне тенденций также отмечалось аналогичное различие по шкале жизнеспособности (средние ранги 28,9 против 21,6, $U = 209,5$, $p = 0,07$).

Анализ зависимости КЖ пациентов от возраста позволил установить, что наибольшие трудности в связи с болезнью испытывают больные в возрастной группе 40-49 лет (7 чел. / 14%): по сравнению с больными 50-59 лет (26 чел. / 52%) они отмечают более выраженное ограничивающее влияние физических проблем на повседневную активность (средние ранги 9,4 против 18,5, $U = 38,0$, $p < 0,05$), а по сравнению с больными 60-69 лет (17 чел. / 34%) – меньшую переносимость физических нагрузок (средние ранги по шкале физической активности 7,4 против 14,6, $U = 24,0$, $p < 0,05$). Достоверных различий в показателях КЖ пациентов в старших возрастных подгруппах (50-59 лет и 60-69 лет) не выявлено.

Качество жизни и количество симптомов

Сравнение показателей КЖ в зависимости от симптомности заболевания показало, что пациенты, отмечавшие большее количество проявлений аритмии, испытывают более интенсивную боль, а также указывают, что боль в большей степени ограничивает их повседневную жизнедеятельность (средние ранги по шкале боли 31,0 против 20,9, $U = 171,0$, $p < 0,05$).

Показатели качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий (по опроснику SF-36)

Шкалы опросника SF-36	минимум	максимум	среднее	стандартная ошибка среднего	стандартное отклонение
Физическая активность	10,0	95,0	57,2	3,3	23,2
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	0,0	100,0	37,3	4,5	31,3
Боль	25,0	100,0	59,6	3,4	23,6
Общее здоровье	15,0	92,0	48,1	2,4	16,6
Жизнеспособность	15,0	90,0	51,6	2,4	16,6
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	0,0	100,0	44,7	4,9	34,5
Психическое здоровье	24,0	88,0	54,8	2,6	18,1
Социальная активность	24,60	100,0	56,4	3,1	21,6

При этом количество предъявляемых пациентом жалоб оказалось положительно связано с информированностью о заболевании ($r_{(s)} = 0,47 p < 0,01$): пациенты, отмечающие больше проявлений физического дискомфорта вследствие заболевания, в целом более информированы о нем.

Качество жизни и форма течения ФП

Достоверных различий в показателях КЖ у пациентов с пароксизмальной и постоянной формой ФП выявлено не было.

Качество жизни и этиологическая форма ФП

При сравнении КЖ пациентов с ФП, развившейся на фоне сердечно-сосудистой патологии, и идиопатической формой ФП достоверных различий обнаружено не было. Лишь на уровне тенденции отмечался несколько более выраженный эмоциональный дискомфорт у пациентов с ФП на фоне сердечно-сосудистой патологии (средние ранги по шкале «Психическое здоровье» 23,5 против 33,8 U = 85,5 p = 0,08).

При анализе относительного вклада сердечно-сосудистой патологии в формирование КЖ пациентов было установлено негативное влияние ГБ на психическую адаптированность больных: пациенты с диагностированной ГБ имеют достоверно более низкие показатели по шкалам «Психическое здоровье» (средние ранги: 36,6 против 22,4 U = 75,5 p < 0,01) и «Социальная активность» (средние ранги: 33,9 против 23 U = 100,0, p < 0,05). Зависимости КЖ от наличия ИБС выявлено не было.

Качество жизни и давность постановки диагноза

В исследовании не было обнаружено зависимости между давностью постановки диагноза ФП и показателями опросника SF-36. При этом, однако, чем длительнее течение болезни, тем большее количество жалоб предъявляют пациенты ($r_{(s)} = 0,28 p < 0,05$), тем более

они информированы о заболевании ($r_{(s)} = 0,41 p < 0,01$) и привержены к лечению ($r_{(s)} = 0,32 p < 0,05$).

Качество жизни и опыт лечения методом РЧКА

По результатам сравнительного анализа было установлено (табл. 3), что пациенты, повторно проходящие лечение методом РЧКА, вне зависимости от возраста и давности заболевания имеют более низкие показатели по шкалам жизнеспособности, а также на уровне тенденции – по шкалам роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности и физической активности, то есть отмечают повышенную утомляемость, вялость, недостаток энергии, снижение переносимости физических нагрузок и ограничивающее влияние соматического состояния на повседневную жизнедеятельность.

Качество жизни, информированность о заболевании и приверженность к лечению

В ходе корреляционного анализа были выявлены связи между информированностью о заболевании и показателями КЖ: более осведомленные о болезни пациенты испытывают более интенсивную боль ($r_{(s)} = -0,41 p < 0,01$), отмечают повышенную утомляемость и слабость (связь с показателем жизнеспособности при $r_{(s)} = -0,30 p < 0,05$), большее ограничивающее влияние физических ($r_{(s)} = -0,36 p = 0,01$) и эмоциональных ($r_{(s)} = -0,29 p < 0,05$) проблем на повседневную деятельность и социальную активность ($r_{(s)} = -0,30 p < 0,05$). Степень приверженности к лечению коррелировала лишь с одним параметром КЖ – ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности ($r_{(s)} = -0,31 p < 0,05$): пациенты, отмечающие большее ограничивающее влияние соматического состояния на повседневную жизнь, более добросовестно выполняли медицинские рекомендации.

В целом информированность о заболевании и приверженность к лечению были достоверно взаимосвязаны ($r_{(s)} = 0,46 p < 0,01$), однако информированность о

Таблица 3

Качество жизни пациентов с фибрилляцией предсердий, впервые и повторно проходящих лечение методом радиочастотной катетерной абляции(по опроснику «SF-36»)

Шкалы опросника SF-36	Физическая активность	Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	Боль	Общее здоровье	Жизнеспособность	Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	Психическое здоровье	Социальная активность
Пациенты, впервые проходящие лечение методом КА (n=34) (средний ранг)	27,5	27,5	25,5	25,7	28,0	27,2	23,6	25,8
Пациенты, повторно проходящие лечение методом КА (n=16) (средний ранг)	19,3	19,4	23,8	23,4	18,1	20,1	28,3	23,3
U	169,0	170,5	236,5	231,5	152,0	182,0	206,0	229,5
p	0,06	0,06	0,69	0,61	0,03	0,11	0,29	0,58

заболевании не выступала в качестве достаточного условия комплaintности.

Обсуждение

Современное состояние проблемы (по данным литературы)

Настоящее исследование было направлено на оценку соотношения клинических характеристик заболевания и КЖ пациентов с ФП. Как известно, концепция КЖ привлекает внимание к личностному плану переживания ситуации болезни пациентом, в частности, к его субъективному восприятию возможности удовлетворения актуальных потребностей и полноценного социального функционирования, несмотря на связанные с болезнью ограничения [16]. КЖ рассматривается сегодня как основной критерий эффективности лечебно-восстановительных мероприятий при отсутствии реальной угрозы для жизни пациента. Данный параметр, находясь наиболее широкое применение в связи с задачами научного и экономического обоснования новых медицинских технологий, чрезвычайно важен и в рутинной клинической практике: информация о КЖ дополняет данные клинических и инструментальных исследований, обогащает контакт врача и пациента, позволяет осуществлять мониторинг состояния пациента и объективировать его динамику, служит основой для углубленного психологического анализа переживаний пациента в связи с заболеванием, его отношения к болезни и лечению, психического статуса в целом, что существенно для медицинского прогноза [17].

Исследования свидетельствуют о выраженнном снижении различных компонентов КЖ при ФП [4], в наибольшей степени – у женщин [13, 18, 19]. Среди обстоятельств, оказывающих наибольшее влияние на КЖ, отмечаются собственно неприятные ощущения в области сердца (сердцебиения, перебои, ощущение остановки сердца и др.), общая слабость и быстрая утомляемость, невольная фиксация внимания на работе сердца, тревожное ожидание приступов, снижение настроения, тревога за свою жизнь и судьбу, необходимость постоянного лечения, затруднения в реализации привычного образа жизни (отдыха, работы), нарушения сна, боль в области сердца, изменения в отношениях с близкими [20-22].

Сведения о зависимости уровня КЖ от клинических характеристик ФП неоднозначны. Убедительно показано, что улучшение соматического состояния в результате фармакотерапии и/или интервенционного лечения позволяет достичь повышения КЖ [20, 23-25], а пациенты с бессимптомной («немой») формой ФП испытывают меньшие затруднения в повседневной жизни, чем симптомные больные [9, 26].

Данные же о связи КЖ с тяжестью, степенью симптомности и формой течения заболевания противоречивы. R. Peinado et al. [8], обследовав с использованием специального опросника для оценки КЖ AF-QoL 341 пациента с ФП, не выявили существенных различий между пациентами с пароксизмальной и постоянной формами заболевания по интегральной характеристики КЖ, однако отметили несколько большее неблагопо-

лучие в психологической сфере у пациентов с пароксизмальной формой. Вывод о более выраженном влиянии пароксизмального течения ФП на КЖ больных (по сравнению с постоянной формой) позволяют сделать и результаты других исследований [6]. Вместе с тем ряд авторов приводят свидетельства отсутствия зависимости между параметрами КЖ и формой течения заболевания [11, 27-29].

Аналогичные трудности отмечаются и при изучении связи КЖ пациентов со степенью симптомности ФП. Так, например, для оценки КЖ больных в аритмологии широко используются шкалы самооценки симптомов нарушения ритма, частоты и тяжести пароксизмов [4], в отдельных исследованиях показана связь степени симптомности с интегральными характеристиками КЖ [7]. В то же время в серии исследования продемонстрировано отсутствие прямой зависимости между традиционными показателями тяжести ФП и КЖ. В исследовании P. Dorian et al. [10] у 152 пациентов с рецидивирующей ФП вообще не было выявлено статистически значимой корреляции между показателями КЖ и широко используемыми параметрами тяжести заболевания. Сходные результаты были получены A. Maryniak et al. [12].

S. Sear et al. [14] проанализировали соотношение объективных показателей деятельности сердца, регистрируемых с помощью кардиовертера-дефибриллятора, и субъективной картины болезни (эмоциональных реакций и жалоб) у 96 больных ФП. Было установлено, что эмоциональное состояние пациентов более тесно связано с количеством предъявляемых жалоб, чем объективно регистрируемые нарушения деятельности сердца (эпизоды пароксизмов ФП).

Таким образом, психический статус и эмоциональная реакция на заболевание оказываются не менее, а в ряде случаев и более значимым фактором в формировании субъективного физического дискомфорта, чем объективная тяжесть патологии. Этот вывод подтверждают исследования, в которых показано, что вне зависимости от объективных показателей тяжести состояния личностная реакция на заболевание и эмоциональный статус оказывают существенное влияние на КЖ больных ФП [27, 30, 31].

Reynolds M. et al. [13] указывают, что, по крайней мере у пациентов с недавно диагностированной ФП, социальные факторы оказывают значительно более выраженное влияние на КЖ, чем клинические характеристики заболевания.

Наличие противоречий и парадоксальности в результатах исследований вплоть до выводов о полной независимости субъективного благополучия пациента от тяжести весьма серьезной сердечной патологии делает необходимым дальнейшее изучение данного вопроса.

Обсуждение основных результатов исследования

В настоящем исследовании было проанализировано соотношение показателей КЖ (оцениваемого общим опросником «SF-36») с такими характеристиками, как количество соматических жалоб в связи с ФП; форма течения ФП; наличие / отсутствие органической сердечно-сосудистой патологии; давность постановки диагноза;

наличие / отсутствие опыта лечения методом РЧКА.

Были выявлены статистически значимые связи отдельных компонентов КЖ со следующими параметрами: количество предъявляемых пациентами жалоб в связи с нарушением ритма сердца, наличие ГБ, опыт недостаточно эффективного лечения методом РЧКА (то есть повторное катетерное лечение).

Как и в ряде других исследований [11, 27-29], в настоящей работе не было выявлено различий в КЖ между пациентами с пароксизмальной и постоянной формами ФП, что может объясняться нечувствительностью количественных показателей к качественному своеобразию повседневных трудностей больных с разным течением аритмии. Представляется также обоснованным предположить, что в процессе формирования внутренней картины болезни вариативность отдельных проявлений ФП (в определенных пределах) нивелируется и на первый план выступают обобщенные оценки пациентом того, в какой степени болезнь препятствует удовлетворению актуальных потребностей, насколько она обременительна в целом. Это предположение частично подтверждается и результатами анализа взаимосвязей между количеством симптомов аритмии (по самоотчетам) и КЖ.

Предъявление большего количества жалоб сочеталось с более высокими оценками частоты переживания и интенсивности болезненных ощущений, их ограничивающего влияния на повседневную жизнь. Данная зависимость может свидетельствовать о более частом ощущении боли либо крайнего физического дискомфорта в груди у высокосимптомных пациентов. Таким образом, полученные результаты подтверждают связь симптоматичности заболевания и субъективного благополучия больных, однако лишь по отдельному параметру опросника «SF-36», содержательно направленному на оценку именно симптома (боль). «Несимптоматические» шкалы оказались недостаточно чувствительными к вариативности данной переменной, что, как отмечалось, может быть обусловлено «растворением» локальных проявлений заболевания в обобщенной субъективной концепции болезни пациента.

В настоящем исследовании, как и в некоторых других работах [32], не было обнаружено связи КЖ с наличием у пациентов ИБС, однако отмечалось снижение субъективного благополучия у пациентов с ГБ. Примечательно, что оно затрагивало исключительно психологические аспекты КЖ, что позволяет предположить отягощающее влияние ГБ на эмоциональную сферу больных с ФП и определяет необходимость дальнейшего изучения особенностей личностного реагирования пациентов на сочетание ГБ и ФП, а также соматогенных изменений психической деятельности на их фоне.

Существенные различия были выявлены между пациентами, впервые и повторно проходящих лечение методом РЧКА: пациенты, имеющие опыт недостаточно эффективного лечения, отмечали значительно более выраженную утомляемость, слабость, вялость, на уровне тенденции – более выраженное ограничивающее влияние физических проблем на повседневную жизнедеятельность и пониженную переносимость физических нагрузок. Частично это может объясняться накоплением астенизирующих эффектов болезни и стационарного ле-

чения. С другой стороны, возможно, именно чрезмерное негативное влияние болезни на самочувствие и повседневную жизнь пациентов заставляет их с готовностью идти на повторное катетерное лечение.

При оценке влияния на КЖ демографических характеристик было установлено различие между мужчинами и женщинами с более низкими показателями переносимости физических нагрузок у последних (шкала «Физическая активность»). Данный результат согласуется с выводами [18, 19] о том, что КЖ у женщин с ФП страдает в большей мере, но лишь за счет физического компонента. Примечательно, что, по данным исследований условно здоровых респондентов, женщины имеют более низкие показатели КЖ в аспекте не только физических ограничений, но и психологических трудностей [4]. Можно предположить, что болезнь, изменения социальную ситуацию функционирования личности, неодинаково сказывается на возможностях мужчин и женщин удовлетворять актуальные потребности, как следствие, неодинаково отражается на качестве их жизни. Данный вопрос требует дополнительного изучения с оценкой роли социальных факторов в формировании КЖ в условиях болезни. О необходимости такого исследования свидетельствуют и полученные в данной работе результаты, согласно которым физический аспект КЖ более молодых пациентов (в возрасте 40-49 лет) страдает в большей мере, чем у пациентов в возрасте 50-69 лет. Такое парадоксальное различие может объясняться особенностями личностного реагирования молодых пациентов на «преждевременность» заболевания, более выраженным несоответствием между социальными ожиданиями в данном возрасте и связанными с болезнью физическими ограничениями. Полученные данные согласуются с выводами Reynolds M. et al. [13] о несколько большей уязвимости молодых пациентов и подчеркивают значимость субъективного плана переживания факта болезни и ее социальных последствий.

Особого внимания в связи с этим заслуживают данные о прямой корреляции между количеством предъявляемых жалоб, длительностью течения заболевания и информированностью о нем, а также отрицательной корреляции информированности и большинства параметров КЖ пациентов. Пациенты, предъявляющие больше жалоб, испытывающие больше трудностей в повседневной жизни вследствие нарушения ритма сердца, имеющие более длительный «опыт» болезни, обладают в целом более четкими, адекватными и дифференцированными представлениями о ФП и ее лечении. Полученные данные частично согласуются с выводами других исследователей о физическом дискомфорте и сопутствующих соматических расстройствах как стимуле к поиску информации о заболевании и соблюдению медицинских рекомендаций [33-35]. Кроме того, можно предположить, что выявленные взаимосвязи между симптомностью, КЖ и информированностью о заболевании отражают степень принятия пациентом роли больного. Они раскрывают, с одной стороны, влияние соматического страдания на представления пациента о серьезности своей болезни, мотивацию к поиску информации и изменению образа жизни; с другой стороны – влияние представлений пациента о сути и тяжести болезни на

характер интрацептивных ощущений и предъявляемых жалоб, эмоциональное состояние и поведение [36].

Результаты исследования могут быть использованы для разработки дифференцированных подходов к взаимодействию медперсонала с соответствующими категориями больных, а также психологического сопровождения диагностического и лечебно-восстановительного процессов.

Выводы

- Качество жизни пациентов с ФП, проходящих интервенционное лечение методом РЧКА, существенно снижено, преимущественно за счет физического аспекта.
- Качество жизни пациентов не зависит от характера течения заболевания (пароксизмальный, постоянный) и его этиологической формы (идиопатическая / на фоне сердечно-сосудистой патологии).
- Больные с ФП на фоне ГБ испытывают большие психологические трудности и ограничения в социальной активности, чем пациенты без ГБ.
- Пациенты, повторно проходящие лечение методом РЧКА, отмечают больше признаков повышенной утомляемости, слабости, недостатка жизненных сил, чем пациенты, проходящие такое лечение впервые.
- Пациенты с высокосимптомным течением ФП (по данным самоотчетов) более информированы о заболевании и имеют более низкое качество жизни по сравнению с относительно менее симптомными пациентами за счет ограничивающего влияния болевых ощущений на повседневную жизнедеятельность.
- По мере увеличения продолжительности заболевания у пациентов повышается информированность о нем, приверженность к лечению, а также разнообразие соматических жалоб.
- Большая информированность пациентов с ФП о заболевании связана с существенно пониженным КЖ.

Благодарность

Авторы приносят благодарность сотрудникам отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции №1 и кардиологического отделение №2 ФГБУ «ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова», а также психологу Т. А. Самойловой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Новик А. А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 313 с.
2. Кущаковский М. С. Аритмии сердца. Нарушение сердечного ритма и проводимости. – М.: Фолиант, 2007. – 672 с.
3. Алёхин А. Н., Трифонова Е. А., Лебедев Д. Н., Михайлова Е. Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. – 2011. – №63. – С. 45-54.
4. Lüderitz B., Jung W. Quality of life in patients with atrial fibrillation // Arch. Intern. Med. – 2000. – V.160. – P. 1749-1757.
5. Thrall G., Lane D., Carroll D., Lip G. Y. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review // Am. J. Med. – 2006. – V.119. – P. 448.e1-448.e19.
6. Dabrowski R., Smolis-Bak E., Kowalik I. et al. Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation // Kardiol. Pol. – 2010. – V.68. – P.1133-1139.
7. Kang Y. Relation of atrial arrhythmia-related symptoms to health-related quality of life in patients with newly diagnosed atrial fibrillation: a community hospital-based cohort // Heart Lung. – 2006. – V.35. – P. 170-177.
8. Peinado R., Arribas F., Ormaetxe J.M., Badia X. Variation in quality of life with type of atrial fibrillation // Rev. Esp. Cardiol. – 2010. – V.63. – P.1402-1409.
9. Pontoppidan J., Nielsen J. C., Poulsen S. H., Hansen P. S. Symptomatic and asymptomatic atrial fibrillation after pulmonary vein ablation and the impact on quality of life // Pacing Clin. Electrophysiol. – 2009. – V.32. – P.717-726.
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. Яковенко Т. В., Шубик Ю. В., Костюк Г. П., Крятова Т. В. Качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий и влияние на него лечения нозогенных психических реакций // Вестник аритмологии. – 2008. – №51. – С. 36-39.
12. Maryniak A., Walczak F., Bodalski R. et al. Atrial fibrillation onset circumstances and their relation to patients' quality of life // Kardiol. Pol. – 2006. – V.64. – P.1102-1108.
13. Reynolds M. R., Lavelle T., Essebag V. et al. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTAL) study // Am. Heart J. – 2006. – V.152. – P.1097-103.
14. 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. – P.801-807.
15. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 health survey: Manual & interpretation guide. Boston: Nimrod Press, 1993.
16. Вассерман Л. И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. – 2007. – №26. – С. 112-119.
17. O'Loughlin C., Murphy N. F., Conlon C. et al. Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program // Int. J. Cardiol. – 2010. – V. 139. – P. 60-67.
18. Ong L., Irvine J., Nolan R. et al. Gender differences and quality of life in atrial fibrillation: the mediating role of depression // J. Psychosom. Res. – 2006. – V.61. – P.769-774.
19. Paquette M., Roy D., Talajic M. et al. Role of gender and personality on quality-of-life impairment in intermittent atrial fibrillation // Am. J. Cardiol. – 2000. – V.86. – P.764-768.
20. Белов В. Н. Методология оценки, динамика и прогностическое значение качества жизни кардиохирургических больных: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Воронеж, 2009.
21. Крятова Т. В. Особенности обследования и лечения больных с фибрилляцией предсердий, страдающих нозогениями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2010.
22. Липис Р. А., Прокофьев А. Б., Коц Я. И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. – 1998. – №3. – С. 49-51.
23. Лебедева У. В., Лебедев Д. С. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий // Вестник аритмологии. – 2005. – №38. – С. 23-28.
24. Engelmann M. D., Pehrson S. Quality of life in nonpharmacologic treatment of atrial fibrillation // Eur. Heart J. – 2003. – V.24. – P. 1387-1400.

25. Wokhlu A., Monahan K. H., Hodge D. O. et al. Long-term quality of life after ablation of atrial fibrillation: the impact of recurrence, symptom relief, and placebo effect // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. – V.55. – P. 2308-2316.

26. Savelieva I., Paquette M., Dorian P. et al. Quality of life in patients with silent atrial fibrillation // Heart. – 2001. – V.85. – P.216-217.

27. Евсина О. В. Качество жизни, тревожно-депрессивные нарушения и прогноз у больных с различными формами фибрилляции предсердий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2009.

28. Hamer M. E., Blumenthal J. A., McCarthy E. A. et al. Quality-of-life assessment in patients with paroxysmal atrial fibrillation or paroxysmal supraventricular tachycardia // Am. J. Cardiol. – 1994. – V.74. – P. 826-829.

29. Thrall G., Lip G. Y., Carroll D., Lane D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation // Chest. – 2007. – V.132. – P.1259-1264.

30. Яковенко Т. В., Шубик Ю. В., Костюк Г. П., Крятова Т. В. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий // Вестник аритмологии. – 2006. – №44. – С. 26-29.

31. 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. – P.203-210.

32. Van den Berg M., Hassink R., Tuinenburg A. et al. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system // Eur. Heart. J. – 2001. – V.22. – P.247-253.

33. Качковский М. А., Симерзин В. В., Красносlobодская О. В. Приверженность лечению больных с фибрилляцией предсердий в условиях амбулаторно-поликлинической практики // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. – Т. 12. – №1(6). – С. 1606-1609.

34. Janz N. K., Becker M. H. The Health Belief Model: A Decade Later // Health Education Quarterly. – 1984. – V.11. – P.1-47.

35. Monane M., Bohn R. L., Gurwitz J. H. et al. The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance: results from a population-based study in the elderly // Am. J. Hypertens. – 1997. – V.10. – P. 697-704.

36. Тхостов А. III. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского университета. – Сер. 14. Психология. – 1993. – №1. – С. 3-16.