

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К УЧАСТИЮ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ

И.А. Зеленская, Е.И. Лубинская, А.А. Великанов, Е.А. Демченко

Данная работа посвящена изучению психологических особенностей больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию коронарного шунтирования, в зависимости от их приверженности к участию в реабилитационной программе. Были исследованы такие характеристики, как отношение к болезни, выраженность тревоги и депрессии, копинг-стратегии. Установлено, что у пациентов – активных участников реабилитационной программы реже встречаются проявления эмоционального дискомфорта и астенического компонента тревожности. Также установлено, что пациенты, изначально имеющие тип реагирования на болезнь, с ненарушенной существенно психической и социальной адаптацией, в дальнейшем чаще становятся участниками многопрофильной реабилитации, соблюдают режим. Лица, с преобладанием неконструктивных поведенческих копинг-стратегий, в меньшей степени готовы к регулярному наблюдению.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, реабилитация, приверженность к лечению, тревога, депрессия, отношение к болезни, копинг-стратегии.

Введение

Современная медицина характеризуется внедрением методов психологии в клинику соматических, в том числе кардиологических заболеваний [3], включая заболевания, требующие хирургического вмешательства. Операция коронарного шунтирования (КШ) признана наиболее перспективной в плане улучшения качества жизни и прогноза больных с тяжелой, быстро прогрессирующей и/или резистентной к медикаментозной терапии ишемической болезнью сердца (ИБС) [1, 2]. При этом хирургическое вмешательство на фоне сочетанной, в том числе психосоматической, природы заболевания представляет собой дополнительную психотравму на фоне и без того существенной психологической нагрузки для этой категории кардиологических (кардиохирургических) больных. Поэтому методы психологической коррекции занимают важное место в системе реабилитационных мероприятий для пациентов кардиологического профиля, перенесших операцию коронарного шунтирования. Однако, несмотря на объективное улучшение клинического состояния большинства оперированных больных, качество жизни и показатели трудоспособности после аортокоронарного шунтирования

(АКШ) у некоторых из них не только не улучшаются, но в ряде случаев ухудшаются [4, 6]. Таким образом, очевидна важная роль следующего за операцией периода восстановительного лечения и реабилитации. Процесс реабилитации даже одного больного требует привлечения нескольких специалистов различных областей медицины. Подход, который может обеспечить реализацию всех возможных методов, получил название мультидисциплинарного (многопрофильного).

Одним из предикторов эффективности любого лечения является мотивированность пациентов, готовность к регулярному наблюдению, соблюдению рекомендаций врача по медикаментозному и немедикаментозному лечению (определяемые в зарубежных публикациях по проблеме как «комплаентность» и «приверженность к лечению»). Роль комплаенса и комплаентности как факторов, определяющих успешность лечения, доказана многими научными исследованиями в разных областях медицины. Несоблюдение пациентами назначенного им лечения и рекомендаций признается одной из самых серьезных и распространенных трудностей клинической практики [5]. В связи с этим становится актуальным вопрос поиска факторов (медицин-

ских, социальных, психологических) и механизмов, определяющих уровень комплаентности пациентов, в том числе и лиц с кардиологическими заболеваниями. Комплексная информация о соматическом, психосоциальном статусе, личностных особенностях больных имеет значительную ценность для прогнозирования приверженности пациента к лечению, что может быть особенно важно для своевременной психокоррекции, профилактики формирования эмоционально-негативных состояний, и соответственно повышения эффективности реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Целью исследования являлось изучение психологических особенностей больных ИБС, перенесших операцию КШ, с учетом их приверженности к участию в программе мультидисциплинарной реабилитации.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы результаты годичного наблюдения 100 больных (30 женщин и 70 мужчин) в возрасте 33–70 лет ($M = 54,4$), перенесших с января 2009 года по декабрь 2010 года операцию планового КШ. К моменту оперативного вмешательства 66 % больных перенесли инфаркт миокарда, у 92 % в качестве сочетанного (сопутствующего) заболевания была выявлена артериальная гипертензия, 35 % больных страдали ожирением; у 41 % пациентов сохранялось устойчивое табакокурение. Более двух третей пациентов (68 %) имели работу, более половины (54 %) находились на инвалидности (в т.ч. с правом трудоустройства). На 7-й день после операции все пациенты прошли первичное психодиагностическое обследование с использованием тестовых психодиагностических методик: шкала депрессии Зунга, интегративный тест тревожности (ИТТ), методика оценки типа отношения к болезни (ТОБОЛ), методика оценки копинг-стратегий Э. Хайма. Все пациенты были включены в программу многопрофильной кардиореабилитации (КР). Через 12 месяцев после операции выполнялась повторная психодиагностика по тем же методикам. Статистическая обработка данных проводилась с использованием: расчета дескриптивной статистики, достоверность различий полученных данных определялась с помощью расчетов значений U-критерия Манна-Уитни, T-критерия Вилкоксона, критерия χ^2 . Полную выборку наблюдавшихся на протяжении всего периода исследования (12 месяцев) составили 84 пациентов. Сравнительный анализ полу-

ченных данных производился путем сравнения результатов испытуемых в трех группах:

I группа – активно участвующие в КР ($n_1 = 47$ пациентов);

II группа – пациенты, по тем или иным причинам не участвующие в полном объеме мероприятий программы многопрофильной КР, например, получавшие только медикаментозную терапию и периодическое врачебное наблюдение, в основном – по инициативе врача ($n_2 = 37$ пациентов);

III группа – пациенты, прошедшие первичное тестирование, но в дальнейшем отказавшиеся от участия в КР и периодического врачебного наблюдения ($n_3 = 16$ пациентов).

Результаты исследования

Оценка клинических показателей соматического статуса пациентов

Достоверные различия между пациентами различных групп ($p < 0,05$) были выявлены по показателям индекса массы тела (ИМТ). В I группе 72 % пациентов имели нормальную или избыточную массу тела; ожирение I степени было установлено у 28 %. У пациентов II и III групп в более чем 60 % случаев имелось ожирение, в том числе, более чем у 10 % – ожирение II степени.

Более 93 % пациентов III группы и более 91 % пациентов II группы имели диагноз сердечной недостаточности (СН), преимущественно II функционального класса, в то время как в I группе пациентов с СН было менее 70 %. Значительная доля (79 %) больных III группы к моменту операции КШ пережили один или несколько инфарктов миокарда (ИМ), при том, что в I и II группе ИМ перенесли не более 50 % пациентов. Статистически значимых различий по локализации ИМ у пациентов обследованных групп выявлено не было. Также не было выявлено статистически значимых различий между пациентами обследованных групп по таким показателям, как длительность заболевания, функциональный класс стенокардии в период до операции, наличие гипертонической болезни (сочетанность ИБС с ней), наличие сахарного диабета или отягощенной наследственности.

Оценка социального функционирования пациентов

По критериям трудоспособности значимые различия ($p < 0,05$) обнаружались у пациентов в I и II групп. Среди активных участников реабилитации (I группа обследованных)

неработающих насчитывалось чуть более 10 %. Среди пациентов II группы процент неработающих оказался значительно выше – более 25 %. По уровню образования, maritalному (семейному) статусу изучаемые группы не различались.

Результаты первичного (входного) психологического тестирования

Исходно уровень ситуативной ($3,5 \pm 1,41$) и личностной ($5,7 \pm 2,55$) тревожности по данным методики ИТТ в среднем по выборке был достаточно низким (до 6 станайнов); признаки депрессии по самооценочному опроснику Зунга выявлены у 20 % обследованных, из них клинические проявления депрессии имелись лишь у 3 % (все – женщины), у 17 % пациентов диагностирован субдепрессивно сниженный фон настроения.

Существенные отличия обнаружались по показателям фактора «эмоциональный дискомфорт» шкалы ситуативной тревожности, отражающей степень эмоциональной напряженности, неудовлетворенности жизненной ситуацией. В I группе у 86 % обследованных обнаружены низкие показатели эмоционального дискомфорта, в отличие от пациентов II и III групп, где такие значения были значительно выше ($p < 0,05$).

Результаты пациентов II группы, по сравнению с данными обследования больных I группы, были существенно выше ($p < 0,05$) по фактору «астенического компонента» по шкалам как ситуативной, так и личностной тревожности. Повышенные показатели по этой шкале свидетельствуют о преобладании в структуре тревожности усталости, пассивности, повышенной утомляемости.

По шкале депрессии Зунга значимых различий между результатами обследованных пациентов всех трех групп не было обнаружено.

У более чем 80 % пациентов I группы при обследовании по методике ТООБЛ выявлены адаптивные типы отношения к болезни (гармоничный, эргопатический и анозогнозический); что нашло подтверждение при клинической беседе – пациенты охотно сотрудничали с лечащим врачом, вели активную социально-трудовую деятельность, большинство из них не считали себя больными.

Более 48 % пациентов II группы обнаружили типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации. Преобладающими являлись тревожный

и чувствительный типы отношения к болезни. Лица с тревожным типом отношения к болезни чаще испытывали беспокойство в отношении опасений по поводу риска неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений. Наличие чувствительного типа реагирования характеризовалось в большинстве случаев страхом стать для окружающих обузой, произвести неблагоприятное впечатление на ближайшее окружение.

У 57 % пациентов III группы также были выявлены дезадаптивные типы отношения к болезни, преимущественно с преобладанием чувствительного типа реагирования.

При исследовании копинг-стратегий преодоления болезни кардиохирургическими пациентами установлено, что наибольшие различия наблюдаются по показателям выраженности эмоциональных копинг-стратегий. При этом более 80 % испытуемых I группы используют продуктивные копинги. Обращает на себя внимание распределение значений выраженности показателя поведенческого копинга в группе ненаблюдающихся по программе КР достоверно чаще выявлялось непродуктивное совладание (50 %).

Выводы

1. Лица с нормальной или незначительно увеличенной массой тела чаще становятся активными участниками программ КР после операции КШ, имеют более высокую приверженность к медикаментозному лечению и немедикаментозной коррекции факторов риска.

2. Характерным отличием активных участников многопрофильной реабилитации являлось также меньшая частота встречаемости инфаркта миокарда и сердечной недостаточности в анамнезе (до операции КШ).

3. Лица, работающие и собирающиеся продолжать свою профессиональную деятельность, в большей мере представлены в группе приверженных к лечению и соблюдающих врачебные рекомендации.

4. Среди активных участников реабилитации значительно реже встречаются проявления эмоционального дискомфорта и астенического компонента тревожности.

5. Пациенты, изначально имеющие тип реагирования на болезнь, при котором психическая и социальная адаптация существенно не нарушена, в дальнейшем чаще становятся участниками многопрофильной реабилитации, соблюдают режим физических нагрузок и диету.

6. Пациенты с преобладанием неконструктивных поведенческих копинг-стратегий в меньшей степени готовы к регулярному наблюдению, соблюдению рекомендаций врача по медикаментозному и немедикаментозному лечению.

Заключение

Психологическая диагностика личностных особенностей кардиохирургических пациентов, проведенная на раннем послеоперационном этапе, оценка их психоэмоционального статуса, типа отношения к болезни позволяют вовремя выявить существующие проблемы и провести своевременную психокоррекционную работу, которая в сочетании с длительным систематическим наблюдением в рамках комплексной мультидисциплинарной реабилитации способна повысить приверженность к лечению, улучшить качество жизни и прогноз больных после КШ.

Литература

1. Акчурина, Р.С. *Болезни сердца и сосудов: Руководство для врачей: в 4 т.* / Р.С. Акчурина, А.П. Борисенко, В.И. Бураковский // Хирургическое лечение ишемической болезни сердца. –

М.: Медицина, 1992. – Т. 2. – С. 119–136.

2. Бокерия, Л.А. *Реваскуляризация миокарда: меняющиеся подходы и пути развития* / Л.А. Бокерия, И.И. Берияшвили, И.Ю. Сигаев // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* – 1999. – № 6. – С. 102–112.

3. *Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)* / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: Изд-во научно-исследовательского психоневрологического ин-та им. В.М. Бехтерева, 2001. – 33 с.

4. *Факторы, влияющие на качество жизни после операции аортокоронарного шунтирования* / В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян, Р.С. Акчурина и др. // *Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология.* – М., 1994. – 159 с.

5. *Walter, P.J. Is employment after coronary bypass surgery a measure of patient's quality of life? In. Quality of Life after Open heart Surgery* / P.J. Walter, B.J. Amsel; Ed. P.J. Walter. – Dordrecht Boston – London, 1992. – P. 203–213.

6. *Priest R.G. Depression and anxiety* / Priest R.G., Baldwin D.S. – London: Martin Dunitz, 1994. – 82 p.

Поступила в редакцию 25 июня 2011 г.

Зеленская Ирина Александровна. Младший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации, медицинский психолог психотерапевтического отделения, ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ.

Irina J. Zelenskaya. Researcher, Scientific-research laboratory rehabilitation, clinical psychologist psychotherapy department, Federal center Heart, Blood and Endocrinology named after V.A. Almazov Health Ministry of the Russian Federation.

Лубинская Екатерина Игоревна. Аспирант ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ. ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ.

Catherine I. Lubinskaya. Graduate student of Federal center Heart, Blood and Endocrinology named after V.A. Almazov Health Ministry of the Russian Federation.

Великанов Арсений Апетович. Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории реабилитации, медицинский психолог психотерапевтического отделения, ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ.

Arseny A. Velikanov. Candidate of psychological sciences. senior researcher Scientific-research laboratory rehabilitation, clinical psychologist psychotherapy department, Federal center Heart, Blood and Endocrinology named after V.A. Almazov Health Ministry of the Russian Federation.

Демченко Елена Алексеевна. Доктор медицинских наук, заведующая научно-исследовательской лабораторией реабилитации, ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития РФ.

Elena A. Demchenko. PhD, Head of Scientific Research Laboratory of rehabilitation, Federal center Heart, Blood and Endocrinology named after V.A. Almazov Health Ministry of the Russian Federation.