

в формировании агрессивного потенциала у исследуемого контингента низкой стрессоустойчивости.

Повышение количества стрессов в жизни ведет к недостаточной самокритичности, отрицанию своей вины и собственного участия в происходящих событиях или к мыслям о физической неадекватности, боязни собственной несостоятельности и неполноценности, сомнениям при принятии решений и совершении поступков, необходимым для конструктивного решения возникающих проблем. Таким образом, формируется своеобразный порочный круг (фрустрация—стресс—невозможность принятия решения—невозможность разрешения травмирующей ситуации—фрустрация) и при накоплении определенного потенциала происходит разряжение агрессивного импульса, что, в свою очередь, не приводит к разрешению существующих проблем и разрыву порочных связей, а лишь ведет к усугублению положения индивида и усилению воздействия составляющих этого круга (рис. 3).

Полученные данные находят свое подтверждение во фрустрационных, бихевиористических теориях агрессии [9–14]. Стрессовые факторы, а также степень ригидности в них потенцируют агрессивные феномены.

Литература

1. Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. – М.: Зеркало М, 2000. – 240 с.
2. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Психопатология и агрессивное поведение // XIII съезд психиатров России, 10–13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000. – С. 204, 205.
3. Котов В. П., Мальцева М. М., Воронин В. С. Профилактика опасных действий психически больных: состояние, проблемы и перспективы // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М., 1996. – С. 400–403.
4. Курбатова Т. Н., Мулярь О. И. Проективная методика исследования личности «Hand- test». – СПб., 2001. – 64 с.
5. Казаковцев Б. А., Виноградова Р. Н., Стяжкин В. Д. и др. Профилактика правонарушений и медико-социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия // Российский психиатрический журнал. – 2001; 6: 48–51.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. – Самара, 2001. – С. 174–180.
7. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. – М., 2002. – С. 692–694.
8. Ясюкова Л. А. Фрустрационный тест С. Розенцвейга. – СПб., 2002. – 128 с.
9. Berkowitz L. Aggression: Its Causes, Consequences, and Control. – New York: McCrae-Hill. – 1993.
10. Berkowitz L. Frustration, appraisals, and aversively stimulated aggression // Aggressive Behavior. – 1988; 14: 3–11.
11. Berkowitz L. The Frustration-Aggression hypothesis: Examination and reformulation // Psychological Bulletin. – 1989; 106: 59–73.
12. Buss A. Physical aggression in relation to different frustrations // J. Abnormal and Social Psychology. – 1963; 67: 1–7.
13. Buss A. The Psychology of Aggression. – New York: John Wiley. – 1961.
14. Zillmann D. Cognitive-excitation interdependencies in aggressive behavior // Aggressive Behavior. – 1988; 14: 51–64.

IMPACT OF STRESS ON AGGRESSION IN PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS

S. Boikov¹; Professor V. Yuldashev², MD

¹Republican Mental Hospital Two, Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan, Sterlitamak;

²Bashkir State Medical University, Russian Agency for Health Care, Ufa
The given data obtained by a method for the group accounting of arguments and a correlation analysis of the signs affecting the manifestation of aggressive behavior give general mental practitioners a chance to gain an idea on the degree of a potential social hazard to a specific patient and on measures to prevent aggressive behavior.

Key words: aggression, affective disorders, stress.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА: РОЛЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Б. Искендеров, доктор медицинских наук, профессор,
Е. Петрова, кандидат медицинских наук, **О. Попылькова**
Пензенский институт усовершенствования врачей
E-mail: iskenderovbg@mail.ru

Обследование 134 пациентов с искусственным водителем ритма сердца путем анкетирования выявило корреляционные связи тревожных расстройств с режимами, давностью и наличием осложнений электрокардиостимуляции (ЭКС). Показано, что при физиологических режимах ЭКС уровень тревоги наименьший, а при развитии осложнений ЭКС – самый высокий.

Ключевые слова: тревожные расстройства, искусственный водитель ритма, электрокардиостимуляция.

Согласно данным эпидемиологических исследований, выраженные тревожно-депрессивные расстройства в общемедицинской сети здравоохранения имеются у каждого 3-го больного [2]. Доказано, что психоэмоциональные расстройства служат независимыми факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности [2, 4].

В связи с расширением сети оказания квалифицированной медицинской помощи больным с нарушениями ритма сердца и арсенала физиологических искусственных водителей ритма (ИВР) постоянно растет число их носителей [5, 6]. Известно, что имплантация ИВР воспринимается пациентами как причина для беспокойства и волнений, тревожных ожиданий, связанных со снижением здоровья, жизненного уровня и результатов профессиональной деятельности [1, 3, 7].

Цель данной работы было определение факторов, связанных с ЭКС и влияющих на выраженность тревожных расстройств у пациентов с ИВР.

Обследованы 134 пациента (75 женщин и 59 мужчин) после первичной имплантации ИВР в возрасте от 27 до 78 лет (средний возраст – 59,2±3,4 года). Из них у 121 (90,3%) пациента применяли однокамерную ЭКС, в том числе у 75 (56,0%) – изолированную желудочковую и у 46 (34,3%) – предсердную. У 13 (9,7%) пациентов была двухкамерная предсердно-желудочковая ЭКС. Кроме того, у 38 (28,4%) пациентов использовали различные частотно-адаптивные ИВР: VVIR, AAIR, DDDR.

Для оценки выраженности тревоги использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии – HADS. Показатель 7 баллов и ниже считали нормой, 8–10 баллов – субклинически выраженной тревогой, 11 баллов и более – клинически выраженной тревогой. При этом у 26 (19,4%) пациентов уровень тревоги соответствовал норме и у 108 (80,6%) были

выявлены различной степени выраженности тревожные расстройства: субклинические – у 29,1% и клинически выраженные – у 51,5% пациентов.

Больным проводили эхокардиографию, суточное мониторирование АД и ЭКГ, велоэргометрию, функциональные тесты для контроля работы ИВР; при необходимости перепрограммировали параметры ЭКС. Из исследования исключались: пациенты с выраженными изменениями личности, обусловленными органическим поражением ЦНС; пациенты, страдающие шизофренией, умственной отсталостью, психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ; пациенты с декомпенсированными соматическими состояниями.

Результаты исследования обработаны статистически с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0. Для определения различий между группами использовали t-критерий Стьюдента. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Изучение частоты и выраженности тревожных расстройств у пациентов с ИВР показало, что с возрастом наблюдается закономерное увеличение частоты клинически выраженной тревоги, особенно у пациентов старше 60 лет (табл. 1). Наименьшая частота тревожных расстройств отмечена в режимах частотно-адаптивной и предсердно-желудочковой ЭКС: VVIR, AAIR, AAI, DDDR.

При изучении динамики тревожных расстройств за период эксплуатации ИВР (в течение 10 лет при однокамерной ЭКС и 6 лет – при двухкамерной) выявлены 3 этапа психоэмоциональной адаптации пациентов. Так, после имплантации ИВР в течение 1-го года независимо от режима ЭКС отмечено снижение дооперационного уровня тревоги (1-й этап). Особенно выраженным оно было у пациентов с синкопальными приступами и частыми пароксизмами наджелудочковых тахикардий до начала ЭКС, т.е. в режимах VOO, VVIR и DDDR. В результате в течение 1-го года

ЭКС у 65,6% пациентов уровень тревоги достоверно снизился и у 34,4% – не изменился. К 3-му году ЭКС отмечены значительное снижение и стабилизация уровня тревоги (2-й этап), что обусловлено адекватной психоэмоциональной адаптацией больных и подбором индивидуально оптимальных параметров ИВР путем их перепрограммирования. В дальнейшем, по мере приближения сроков реимплантации ИВР в связи с истощением источника питания, как правило, за 1–2 года до предполагаемой замены ИВР, усиливалась психоэмоциональная дезадаптация (3-й этап) и значительно повышался уровень тревоги. Причиной таких изменений были озабоченность пациента в связи с неизбежностью предстоящей операции, страх перед возобновлением синкопальных приступов, риск развития осложнений операции и т.д.

Также показано, что в случае развития осложнений ЭКС, сопровождающихся синкопальными приступами и требующих повторной операции, уровень тревоги достоверно повышается (табл. 2). Психотравмирующее влияние осложнений ЭКС подтверждается и тем, что после их

Таблица 1

Фактор	Тревога		Всего
	субклинически выраженная	клинически выраженная	
	Частота субклинической и клинически выраженной тревоги с учетом возраста пациента, режима и сроков ЭКС		
Возраст, годы:			
<50 (n=13)	3 (23,08)	–	4 (30,76)
50–59 (n=43)	10 (23,26)	12 (27,91)	22 (51,17)
60–69 (n=57)	15 (26,32)	27 (47,37)	42 (73,69)
>70 (n=21)	5 (23,81)	10 (47,62)	15 (71,43)
Режимы ЭКС:			
AAI/AOO (n=36)	10 (27,78)	9 (25,00)	19 (52,78)
AAIR (n=10)	2 (20,00)	2 (20,00)	4 (40,00)
VVI/VOO (n=60)	23 (38,33)	21 (35,00)	44 (73,33)
VVIR (n=15)	5 (33,33)	3 (20,00)	8 (3,33)
DDDR (n=13)	3 (23,08)	4 (30,77)	7 (53,85)
Сроки ЭКС, годы:			
до 1 (n=16)	4 (25,00)	8 (50,00)	12 (75,00)
1–3 (n=29)	7 (24,14)	9 (31,03)	16 (55,17)
3–6 (n=52)	12 (23,08)	8 (15,38)	20 (38,46)
6–10 (n=37)	12 (32,43)	15 (40,54)	27 (72,97)

Примечание. В скобках указан процент. Данные приведены для пациентов с однокамерными режимами ЭКС.

Таблица 2

Осложнения ЭКС	Уровень тревоги, баллы		
	до развития осложнений ЭКС	на фоне осложнений ЭКС	после коррекции осложнений
	Динамика уровня тревоги на фоне развития осложнений ЭКС и после их коррекции ($M \pm SD$)		
Перелом электрода	9,1±1,2	14,5±1,7 ^б	11,8±1,4 ^а
Дислокация электрода	9,0±1,5	14,8±1,8 ^б	12,4±1,6 ^а
Нарушение режима ЭКС	8,9±1,4	13,9±1,6 ^б	10,2±1,5 ^а
Истощение батареи ИВР	9,3±1,5	12,8±1,5 ^б	10,9±1,3 ^а
Миопотенциальное ингибирование ИВР	9,2±1,2	13,9±1,7 ^б	10,4±1,5 ^г
Повышение порога ЭКС (блокада «выхода»)	9,1±1,1	13,4±1,5 ^б	10,1±1,4 ^г
Синдром кардиостимулятора	–	12,5±1,6	10,7±1,5 ^б

^а $p < 0,05$; ^б $p < 0,01$ по сравнению с группой без осложнений; ^в $p < 0,05$; ^г $p < 0,01$ по сравнению с показателем до коррекции.

коррекции отмечается снижение уровня тревоги. Так, при медико-биологических осложнениях ЭКС (миопотенциальное ингибирование ИВР, блокада «выхода», синдром кардиостимулятора), устраняемых в основном путем перепрограммирования ИВР, наблюдается достоверное снижение уровня тревоги почти до исходного уровня. Однако при технических осложнениях ЭКС (перелом и дислокация электрода, нарушение режима ЭКС, преждевременное истощение батареи), требующих повторной операции, имеется лишь тенденция к снижению уровня тревоги.

Таким образом, имплантация ИВР неоднозначно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов. В большинстве случаев на фоне ЭКС отмечается достоверное снижение уровня тревоги в связи со значительным улучшением соматического и (или) психического состояния. Показано стабильное преимущество предсердно-желудочковой и частотно-адаптивной ЭКС в течение 10 лет наблюдения, особенно у пациентов моложе 50 лет. Наоборот, развитие ранних послеоперационных осложнений ЭКС или выбор не оптимальных параметров ЭКС негативно влияет на тревожное настроение пациентов.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило важность психологического тестирования и психической реабилитации пациентов с ИВР в их восстановительном лечении.

Литература

1. Лебедева У. В., Лебедев Д. С. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий // Вестник аритмологии. – 2005; 38: 23–28.
2. Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А. и др. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. – 2005; 8: 38–44.
3. Петрова Е. В. Коморбидные тревожные расстройства и качество жизни у больных с искусственным водителем ритма сердца: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2010. – 24 с.
4. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю. и др. Психокardiология. – М.: МИА, 2005. – 784 с.
5. Galtes I., Lamas G. Cardiac pacing for bradycardia support: evidence-based approach to pacemaker selection and reprogramming // Curr. Treat. Options Cardiovasc. Med. – 2004; 6 (5): 385–395.
6. Hoijer C. J., Brandt J., Willenheimer R. et al. Improved cardiac function and quality for life following upgrade to dual chamber pacing after long-term ventricular stimulation // Eur. Heart J. – 2002; 23: 490–497.
7. Mlynarski R., Wlodyka A., Kargul W. Changes in the mental and physical components of the quality of life for patients six months after pacemaker implantation // Am. Cardiol. J. – 2009; 16 (3): 250–253.

ANXIETY DISORDERS IN PACEMAKER PATIENTS: THE ROLE OF PACING

Professor **B. Iskenderov**, MD; **E. Petrova**, Candidate of Medical Sciences;

O. Popylkova

Penza Institute for Postgraduate Training of Physicians

Questionnaire survey of 134 pacemaker patients revealed correlations of anxiety disorders with the mode and duration of pacing and its complications. It was shown that the level of anxiety was lowest in patients with the physiological modes of pacing and highest in its evolving complications.

Key words: anxiety disorders, pacemaker, pacing.

Требования к оформлению статей, публикуемых в журнале «Врач»

✓ Статьи, направляемые в журнал «Врач», должны быть представлены на диске (электронная версия) с распечаткой на бумаге (2 экз., через 2 интервала; размер шрифта – 14). Обязательно наличие реферата на русском языке (2–4 предложения) и 4–5 ключевых слов.

✓ В выходных данных следует указать:

- название статьи;
- фамилию, инициалы всех авторов и ученую степень (доктор медицинских наук, профессор; кандидат медицинских наук);
- название учреждения;
- город.

Необходимо приложить рекомендацию руководителя учреждения, а в конце статьи – контактные телефоны, ФИО. автора для связи и электронный адрес.

✓ Объем статьи:

- 6500–13 000 знаков;
- список литературы – 10–15 источников; ссылки на литературу по тексту указываются в квадратных скобках.

✓ Если статья сопровождается рисунками и таблицами, обязательны ссылки на них в тексте.

- Подписи под рисунками приводятся на отдельной странице.
- Данные таблиц должны соответствовать приводимым в тексте; в таблицах необходимо указать единицы измерения.
- Электронный вариант рисунков должен быть выполнен в формате: TIFF, JPG с разрешением 300 dpi.

✓ Список литературы приводится в порядке упоминания: Ф.И.О. авторов, название книги или статьи.

- Если цитируется журнал – приводят его название, год издания, том и номер выпуска, страницы.
- Если цитируется книга – указывают город, издательство, год выпуска и число страниц.
- При ссылке на материалы, доложенные на конференции (съезде), кроме названия тезисов, указывают, где и когда проводилась конференция.
- Цифровые ссылки в тексте на цитируемую литературу должны соответствовать порядковому номеру источника.

✓ Буквенные сокращения в тексте допускаются только после полной расшифровки понятия.

✓ Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

✓ Телефон редакции: 8 (499) 246-84-86, e-mail: redvrach@rusvrach.ru