

## **Нарушения ритма сердца**

© И.В. Проничева, З.В. Мустапаева, 2017

УДК 616.12-008.318-08

*И.В. Проничева, З.В. Мустапаева*

### **ДИХОТОМИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА: НЕЛЬЗЯ ВРАЧЕВАТЬ ТЕЛО, НЕ ВРАЧУЯ ДУШИ**

ФГБУ «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) Минздрава России; Рублевское шоссе, 135, Москва, 121552, Российская Федерация

Проничева Ирина Владимировна, канд. мед. наук, кардиолог;  
Мустапаева Заира Вахаевна, кардиолог

Представлен обзор исследований психосоматических соотношений при нарушениях ритма сердца. Рассмотрены психопатологические расстройства, усугубляющие проявления аритмии. Выделены психоэмоциональные и психосоциальные факторы риска развития кардиальной патологии. У пациентов с нарушениями ритма сердца часто выявляются тревожные и ипохондрические расстройства. Помимо этого, на отдаленных стадиях соматического расстройства регистрируются депрессивные синдромы, обусловленные тяжелым течением сердечно-сосудистого заболевания, приводящего к развитию сердечной недостаточности. Несмотря на значительные успехи в изучении психологических проблем при нарушениях ритма сердца, остается целый ряд вопросов, нуждающихся в более глубоком изучении, касающихся терапевтических, реабилитационных и профилактических мероприятий данной группы пациентов.

**Ключевые слова:** нарушения ритма сердца; психопатологические расстройства; психосоматические соотношения; психосоциальная адаптация; сердечно-сосудистые заболевания.

*Для цитирования:* Проничева И.В., Мустапаева З.В. Дихотомический подход в лечении нарушений ритма сердца: нельзя врачевать тело, не врачую души. *Креативная кардиология*. 2017; 11 (1): 56–70. DOI: 10.15275/kreatkard.2017.01.06

*Для корреспонденции:* Проничева Ирина Владимировна, e-mail: irene\_pr@mail.ru

*I.V. Pronicheva, Z.V. Mustapaeva*

### **DICHOTOMOUS APPROACH TO THE TREATMENT OF ARRHYTHMIAS: IT IS IMPOSSIBLE TO HEAL THE BODY WITHOUT HEALING THE SOUL**

Bakoulev National Scientific and Practical Center for Cardiovascular Surgery of Ministry of Health of the Russian Federation; Rublevskoe shosse, 135, Moscow, 121552, Russian Federation

Pronicheva Irina Vladimirovna, MD, PhD, Cardiologist;  
Mustapaeva Zaira Vakhaevna, Cardiologist

A review of studies for psychosomatic relations in cardiac arrhythmias are presented. There are considered psychopathological disorders that make symptoms of arrhythmia worse. Affective and psychosocial risk factors for cardiac diseases are defined. The patients with cardiac arrhythmias have frequently anxiety and hypochondriacal disorders. In addition, end-stage somatopathy is marked by depressive syndromes caused by the severe course of cardiovascular diseases resulting in heart failure. Despite visible progress in research of psychological problems associated with cardiac arrhythmias, a series of issues require in-depth investigation that related to therapy, rehabilitation and prevention activities for this group of patients.

**Keywords:** cardiac arrhythmias; psychopathological disorders; psychosomatic interrelations; psychosocial adaptation cardiovascular diseases.

**For citation:** Pronicheva I.V., Mustapaeva Z.V. Dichotomous approach to the treatment of arrhythmias: it is impossible to heal the body without healing the soul. *Kreativnaya kardiologiya (Creative Cardiology, Russian journal)*. 2017; 11 (1): 56–70 (in Russ.). DOI: 10.15275/kreatkard.2017.01.06

**For correspondence:** Pronicheva Irina Vladimirovna, e-mail: irene\_pr@mail.ru

**Information about authors:**

Pronicheva I.V., <http://orcid.org/0000-0003-2669-2474>

**Acknowledgements.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received February 10, 2017  
Accepted February 27, 2017

В структуре сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности лидирующую позицию занимают нарушения ритма сердца, которые могут протекать как изолированно, так и сопровождать целый ряд заболеваний [1]. Аритмии выявляются практически у каждого третьего пациента в кардиологической клинике [1]. Желудочковые нарушения ритма обуславливают около 60–80% случаев внезапной сердечной смерти (ВСС), а брадиаритмии – около 20% случаев [2].

В лечении нарушений ритма сердца доминирует хирургический подход. С момента первого радикального устранения тахикардий в 1968 г. в клинике Дюкского университета хирургом Уиллом Кемпом Сили (Will Camp Sealy) у больного со злокачественной аритмией при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта с правосторонней локализацией прошло почти полвека. За прошедшие годы в клиническую практику были внедрены новые хирургические методы лечения, начиная от имплантированного в 1980 г. кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) до сложнейшей операции «Лабиринт-3» по устранению фибрилляции предсердий (ФП). Потребность в оперативном лечении на настоящем этапе в Российской Федерации огромна. Так, если в 2011 г. было выполнено чуть более 17 тыс. операций интервенционного характера при тахикардиях, то в 2014 г. их было почти 26,5 тыс. Число клиник с объемом вмешательств более 500 случаев в год стало на 42% больше, и их доля во всей помощи при тахикардиях выросла с 51 до 61,5% [3]. Безусловной целью вмешательства хирурга

является радикальное устранение аритмии, позволяющее пациенту вернуться к активной трудовой и социальной деятельности. Но не всегда надежды пациента оправдываются в полной мере.

Оценивая качество жизни и благополучие пациента, субъективную картину болезни, многие авторы подчеркивают, что пребывание в стационаре, осознание факта возможности неблагоприятного исхода заболевания, угроза инвалидности, тревога о возможных исходах операции не проходят бесследно для психического здоровья пациента и в ряде случаев могут вызывать различные психические расстройства, иногда доходящие до суицидальных попыток [4]. По данным клиники Шарите (нем. Charité) Берлинского университета им. Вильгельма фон Гумбольдта (нем. Humboldt-Universität zu Berlin), у 15% пациентов кардиологического стационара выявляются затяжные нозогенные депрессии с аффективными расстройствами, выраженность которых согласуется с тяжестью хронической сердечной недостаточности (ХСН) [5].

Разнообразные по типу и степени проявлений психопатологические реакции (тревожно-ипохондрические, депрессивные и неврастенические) встречаются у 13–79% пациентов после хирургического лечения на госпитальном этапе и сохраняются через 1 год в 5–35% случаев, что мешает окончательному выздоровлению [6]. Поэтому вопросы психотерапевтической реабилитации и психосоматической коррекции актуальны на всех этапах лечения больного.

Необходимо отметить, что различные психопатологические реакции и психические

нарушения у стационарных больных могут развиваться еще на дооперационном этапе, являясь не только следствием проявлений кардиальной патологии, но и беспокойством и страхом перед предстоящей операцией, что вызывает отрицательное действие на следование медицинским рекомендациям и может привести к отказу от операции [4]. Это обуславливает необходимость начала психотерапевтической работы еще на догоспитальном этапе.

О востребованности участия специалистов по психическому здоровью в реабилитационной программе данной категории больных указывают сами кардиохирурги [7]. Однако в нашей стране проблема психореабилитационных пособий для пациентов кардиохирургического профиля, которым предстоит оперативное вмешательство, не разрабатывается.

К настоящему моменту накоплен эмпирический материал, посвященный взаимосвязи психического состояния человека, его психологических особенностей с клинической картиной сердечно-сосудистого заболевания и эффективностью лечения, как в нашей стране [8], так и за рубежом [9]. Это связано с социальной значимостью, высокой распространенностью и жизнеугрожающим характером сердечной патологии. Данные долгосрочных эпидемиологических исследований показывают, что психосоциальные факторы, обусловленные социальной средой, личностными характеристиками и стрессорным воздействием, увеличивают частоту ВСС и ухудшают прогноз больных кардиологического профиля [10]. Многие исследования демонстрируют негативную роль психоэмоционального стресса и депрессивного состояния в усугублении кардиальной патологии, подчеркивая необходимость применения методологии психосоматического подхода [9, 11].

Ранее внимание специалистов в области психического здоровья (клинических психологов, психиатров, психотерапевтов) было обращено исключительно на больных,

страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и перенесших инфаркт миокарда. Впервые наличие психических расстройств у больных, страдающих ИБС и гипертонической болезнью, были описаны в конце 30-х годов прошлого века [12]. В дальнейшее развитие данной области исследований весомый вклад внесли работы американских кардиологов М. Friedman и R. Rosenman [13].

Однако внедрение новых медицинских технологий (интервенционная радиочастотная абляция, инвазивная и неинвазивная топическая электрофизиологическая диагностика, чреспищеводное эхокардиографическое исследование), носящих стрессогенный характер, выдвинуло на первый план психологические особенности пациента с другими кардиальными патологиями. Особенно актуален анализ психологических проблем у пациентов с аритмиями, которые, являясь сами по себе патологическим состоянием, одновременно выступают и в роли сильного психотравмирующего фактора. С другой стороны, преимущественная локализация психосоматических расстройств в сердечно-сосудистой системе (*locus minoris resistentiae*), которые развиваются в результате воздействия одной и той же стрессовой ситуации, может обуславливать риск развития сердечной патологии [14].

Сердечно-сосудистая система напрямую вовлечена в процесс эмоционального реагирования. Не случайно кардиологическая симптоматика часто сопровождает соматоформную при психических расстройствах: при кардионеврозе, ипохондрических расстройствах, тревожно-фобических и панических расстройствах [15]. Повторяющиеся проявления психосоматических расстройств (колющие боли в сердце, ощущение усиленного сердцебиения, повышенное потоотделение, чувство жара или холода, внутренней дрожи, тремор) в последующем могут усиливать или дублировать проявления сердечной дисфункции, протекая по типу субсиндромальных пани-

ческих атак. Пароксизмы психогенной синусовой тахикардии с частотой сердечных сокращений до 140–160 в минуту, протекающие с повышенной тревожностью, танатофобией, резко выраженной ипохондрической окраской, могут рассматриваться как соматические проявления и эквиваленты депрессивной фазы циклотимии [16]. Психосоматические нарушения ритма сердца (желудочковые и предсердные экстрасистолы, чаще их чередование, пароксизмы синусовой тахикардии) появляются в начале депрессивной фазы и исчезают по ее окончании. Для них характерно преимущественное развитие в утренние часы, согласно суточными аффективными колебаниями, и прекращение на фоне положительной эмоциональной нагрузки и «географического стресса», в выходные дни или во время отпуска, а также на фоне приема небольших доз amitriptилина (50–75 мг в сутки) [16]. В таких случаях важно вовремя выявить депрессивное расстройство, которое может маскироваться многочисленными и эмоциональными жалобам на неправильную работу сердца. В случае расстройств функционального характера возможно выявление устойчивых когнитивных личностных установок [17].

Недостаточное внимание к проблеме психосоматических расстройств в развитии и поддержании нарушений ритма сердца приводит к неадекватной терапии подобных состояний, а недостаточная эффективность профилактических антиаритмических средств, стандартно назначенных, еще больше убеждает больного в тяжести и неизлечимости его болезни и становится поводом для опасного самолечения, ненужных и небезобидных диагностических вмешательств. К тому же психосоматические проявления, первоначально носящие функциональный характер, при продолжительном и частом повторении могут стать органическими, необратимыми [18]. Причиной этих повторений служит воздействие психического стрессового фактора, который вызывает аффективное напряжение

с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. В первую очередь в основе патогенеза психосоматической дисрегуляции может лежать общий для сердечно-сосудистых заболеваний психовегетативный синдром, который связан с однородными биохимическими, нейроэндокринными изменениями при неблагоприятных эмоциональных состояниях. Патологическая активизация гипоталамуса и вегетативных центров ствола мозга определяет полиморфные вегетативные симптомы. Дисбаланс между различными сегментарными уровнями вегетативной нервной системы, а также дисрегуляция между симпатическими и парасимпатическими сегментарными образованиями приводит к снижению адаптационных возможностей организма, что может обуславливать развитие клинически выраженных дисрегуляционных проявлений не только в виде аритмий, но и в виде лабильного артериального давления, предсинкопальных состояний [17]. Затем у пациента с психосоматическими расстройствами может развиваться относительная независимость висцеральной системы от высшей нервной деятельности вследствие подавления ее саморегулирующихся механизмов [1].

Психосоматическая дисрегуляция, протекающая по типу расстройства нейрогенной регуляции сердца с преобладанием симпатических влияний, создает предпосылки для развития аритмических эпизодов в момент стрессорного воздействия.

О негативной роли стресса и эмоционального напряжения (переживание гнева, враждебности, тревоги) в провокации аритмий указывают многие работы, исследующие психосоматические зависимости. Так, оценивая роль стрессорного воздействия, Е.А. Караськова установила, что у 22,5% пациентов с различными нарушениями ритма сердца выявляется мягкий стресс (разрыв с другом/подругой, окончание школы, уход детей из дома), у 28,3% — средний (свадьба, выход на пенсию и др.)

и у 5,0, 6,7% и 0,8% – сильный (развод), экстремальный (смерть близких, обнаружение серьезной болезни, насилие) и катастрофический (смерть ребенка, суицид супруга) стрессы соответственно [19]. Согласно данным A.V. Mattioli et al., полученным при обследовании 400 пациентов с впервые выявленной ФП, было установлено, что в течение 1 мес, предшествующего приступу, большинство пациентов испытывали сильное психоэмоциональное напряжение [20]. Такие же данные получены И.И. Юровской, которая у 59% пациентов выявила связь манифестации ФП с тяжелыми стрессовыми ситуациями, из которых острый и хронический стресс отмечены в 43,9 и 15,2% случаев соответственно. Кроме того, у 43,1% пациентов сильные и длительные стрессовые воздействия способствовали более тяжелому течению заболевания, низкой эффективности медикаментозной терапии с необходимостью проведения хирургического лечения [21]. По данным практически единственного масштабного проспективного исследования «Framingham Offspring Study», в рамках которого изучались психологические факторы риска развития ФП, было установлено, что переживание гнева и враждебности достоверно повышает вероятность развития ФП у мужчин (но не у женщин). Обследование проводилось на протяжении 10 лет и охватило 3800 пациентов в возрасте 17–77 лет [22]. Также в плане выделения психосоматических зависимостей появились основания рассматривать нервно-психическое напряжение у мужчин, которое они описывают как переживание беспокойства, нервозность, тревогу, невозможность расслабиться, нарушения сна, как перспективный психологический предиктор риска развития ФП [23].

Помимо психологических факторов риска развития нарушений ритма сердца, к которым отнесены негативные эмоции и стресс, переживаемые пациентом, огромная роль в манифестации и рецидивах аритмии принадлежит личностному статусу,

нарушениям адаптации к стрессу и психическим расстройствам.

Показана прогностически неблагоприятная роль дезадаптивных личностных реакций на заболевание (нозогенные расстройства) и нарушений психической адаптации как важных условий для запуска аритмий в момент стрессорного воздействия [24]. Фактором риска возникновения подобных патологических механизмов соматической дизрегуляции является наличие в поведении человека таких личностных особенностей, как замкнутость, недоверчивость, тревожность, склонность к легкому возникновению фрустраций, преобладание негативных эмоциональных реакций, невысокий интеллектуальный уровень в сочетании с социальной ингибацией [25]. Согласно данным И.И. Юровской, пациенты с пароксизмальной формой ФП при использовании опросника Леонгарда–Шмишека в 40,9% случаев демонстрировали тревожные акцентуации личности, в 24,2% – эмотивные, в 15,2% – педантичные. У большинства обследуемых выявлен высокий уровень интровертированности (56,1%) и эмоциональной нестабильности (74,2%) [21]. Помимо определенных моделей поведения, негативный вклад в клиническое течение нарушений ритма сердца вносят такие личностные черты больных, как алекситимия и враждебность [20, 26].

Иногда очень трудно разграничить влияние психического статуса и личностных особенностей человека на риск развития, характер течения нарушений ритма сердца и влияние неблагоприятного течения аритмий на развитие психических расстройств. Сам по себе пароксизм аритмии часто сопровождается тревогой или страхом, в свою очередь неблагоприятное течение аритмии может создавать условия для развития психопатологических синдромов, еще больше ухудшающих течение и прогноз заболевания [27]. Таким образом, эмоциональное напряжение (стресс) и нарушения ритма сердца взаимно усугубляют течение друг друга, создавая порочный круг.

Для оценки психических расстройств используются психометрические методики, направленные на исследование количественных сторон, соотношений, характеристик психических процессов и явлений, с помощью международных шкал и тестов, обладающих валидностью, надежностью и репрезентативностью. Психопатологические расстройства и характер реагирования человека на заболевание рассматриваются в рамках психологических (внутренняя картина болезни, отношение к болезни, личностный смысл болезни) и социальных (уровень жизни) явлений [28].

Вне зависимости от типа исследовательского подхода в центре научных изысканий находятся психосоматические и соматопсихические связи, образующие «порочный круг» в больном. Дихотомия «тело—душа», являясь одним из базовых христианских антропологических понятий, философских и богословских учений, имеет глубокие корни в ортодоксальной психосоматике, ведущей начало от работ Зигмунда Фрейда (1856—1939). Отрицание пережитых душевных страданий оборачивается болезнями тела. З. Фрейд характеризовал этот процесс так: «Если мы гоним проблему в дверь, то она в виде симптома лезет в окно». Основоположник современной психосоматической медицины американский психоаналитик Франц Габриэль Александер (1891—1964) первым описал «коронарный» тип личности: «Его часто преследует ощущение нехватки времени. Он склонен к подавлению своих внутренних переживаний и эмоций, чем нарушает физиологические процессы в организме» [29].

Поведенческий тип личности А («коронарный» тип), для которого характерна напористость, беспокойство, агрессивность, постоянное ощущение нехватки времени, работа на износ, перфекционизм, желание добиться успеха сразу и во всем, в работе С.Д. Brackett, L. Powell был выделен как независимый и предрасполагающий фактор риска развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий [30]. У пациентов

с нарушениями ритма сердца часто выявляют сдержанность, склонность контролировать и подавлять свои чувства, а также рассматривать их проявления как слабость. Такие пациенты избегают противостояния, борьбы и споров [24]. У них чаще выявляют легкие проявления гипотимии — сниженный эмоциональный фон, мнительность, выливающаяся в тревожность по поводу своего здоровья, склонностью к драматизации ситуации, растерянность и беспомощность перед соматическим дискомфортом [31].

Если рассматривать формирование и поддержание соматопсихической зависимости, то у больного с нарушениями ритма сердца любого генеза выявляется взаимосвязь течения заболевания и выраженности клинических проявлений, а также ответа на антиаритмическую терапию с развитием нозогенных тревожных и депрессивных расстройств [28]. Из всех психологических и социальных факторов, детерминирующих развитие и поддержание депрессивных реакций, главная роль принадлежит личностной оценке пациентом своего заболевания и лечения, а именно фиксации на своих соматических ощущениях и придания им высокой субъективной значимости. При этом существенное значение приобретают симптомы нарушений ритма сердца, сопровождающиеся телесным дискомфортом (учащенное сердцебиение и мочеиспускание, появление отеков и приступов ортопноэ, усиление одышки), нередко сопряженные с генерализованной тревогой и паническими атаками [32]. Малейшие изменения частоты сердечных сокращений или ритма дыхания могут вызывать тревожные опасения необратимых последствий для организма или страх смерти.

Психические расстройства гипернозогностического спектра характерны для пациентов с частыми и длительными пароксизмальными аритмиями, не поддающимися самостоятельному купированию, тогда как гипонозогностического — для приступооб-

разно возникающих на фоне нормального сердечного ритма, поддающимся самостоятельному купированию путем приема антиаритмических препаратов [24].

В целом депрессия и тревожные расстройства встречаются в три раза чаще у пациентов с кардиальной патологией по сравнению с общей популяцией [6, 33]. Наличие депрессивных симптомов при различных болезнях сердца также связано с повышением риска осложнений и смертельного исхода [34]. Хотя наличие проявляющегося клинически депрессивного расстройства является важным прогностическим фактором в данной популяции пациентов, результаты исследований указывают на то, что даже легкая депрессия у таких пациентов связана с увеличением риска смертельного исхода [7]. Результаты метаанализа проспективных исследований, включавших в себя выборку из изначально физически здоровых людей, продемонстрировали, что наличие большого депрессивного расстройства было связано с увеличением в 2,7 раза относительного риска развития сердечно-сосудистых осложнений, а наличие сниженного настроения, не удовлетворяющего критериям большого депрессивного расстройства, приводило к увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений в 1,5 раза [33]. Результаты более современного метаанализа, включавшего в себя 21 проспективное исследование и более 124 000 участников со средней продолжительностью наблюдения 10,8 года, продемонстрировали, что совокупный относительный риск развития ИБС у пациентов с депрессивными симптомами на момент включения в исследование составил 1,81 (ДИ 1,53–2,15) [33].

Появление депрессивных реакций у пациентов, страдающих пароксизмальными формами аритмий, влечет за собой прогрессирование клинических проявлений, переход в постоянную форму и снижает ожидаемую эффективность лечения. В исследовании Н. Lange, С. Herrmann-Lingen показано, что угнетенное настроение

и другие расстройства депрессивного спектра повышают возможность рецидива нарушений ритма сердца после немедикаментозного вмешательства [26].

Кратковременные соматогенные депрессии чаще протекают благоприятно и не требуют назначения психокорригирующей терапии, а их обратное развитие происходит по мере купирования соматических страданий и возвращения трудоспособности [35].

Развитие длительных соматогенных депрессий увеличивается при кардиальной патологии, принимающей хронический характер (персистирующая или постоянная форма ФП, постоянное носительство искусственных водителей ритма), или при часто рецидивирующих субъективно тяжелых симптомах соматического заболевания (срабатывания кардиовертера-дефибриллятора, повторяющиеся реанимационные мероприятия) [36, 37].

Особые проблемы в адекватной социальной адаптации и профессиональной реабилитации пациента создает имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) или ИКД, которые, с одной стороны, продлевают жизни, с другой – индуцируют тревожно-депрессивные и аффективные расстройства.

В работе Е.А. Караськовой тревожные расстройства среди пациентов с указанными имплантируемыми антиаритмическими устройствами представлены в виде следующих нозологий: паническое расстройство (35,0%), расстройство приспособительных реакций (22,5%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (13,3%), генерализованное тревожное расстройство (18,4%), специфические (изолированные) фобии (6,67%) и агорафобия (4,17%) [19].

При исследовании внутренней картины болезни среди пациентов, оперированных по поводу ФП, было отмечено: у тех больных, которым был имплантирован постоянный ЭКС, чаще регистрировались психопатологические реакции, а пациенты, которые перенесли операцию в условиях

искусственного кровообращения, страдали ими реже [4].

Согласно исследованиям В.И. Крылова, Д.Ф. Егорова, психопатологические синдромы депрессивного, тревожно-фобического, ипохондрического характера отмечались у 91,3% больных с имплантированными ЭКС в раннем послеоперационном периоде и сохранялись у 24,4 % больных по прошествии 2–3 мес после имплантации [38]. У 66,7% больных с индивидуальными негативными реакциями на имплантацию ЭКС в отдаленном периоде отмечалось формирование невротических и патологического развития личности.

Такие пациенты показывают более высокий индекс спектральных маркеров адаптации и реагируют депрессией мощности медленноволновых колебательных процессов на эмоциональное напряжение, что говорит о нейрогуморальном и нейрогенном дефиците и снижает эффективность вегетативной регуляции волновых процессов [31].

Более половины пациентов с ФП страдают различными психогенными расстройствами [19, 39]. В.Э. Медведев и соавт., обследовавшие пациентов с ФП на кафедре психосоматики и психотерапии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов (РУДН), показали, что у больных с ФП чаще отмечаются тревожно-фобические реакции и ипохондрические расстройства, в то время как депрессивные расстройства выявляются при длительном течении ФП, на этапе присоединения симптомов ХСН. В исследовании пациентов разделили на две группы, различные по структуре психосоматических соотношений. В 1-й группе пациенты, отвечая на манифестацию пароксизмов ФП психопатологическими реакциями, демонстрировали признаки реактивной лабильности. Во 2-й группе больные, страдающие длительно персистирующей формой ФП, показали развитие психических расстройств в основном на поздних этапах, в случае присоединения ХСН [39]. На ос-

новании результатов исследования В.Э. Медведев и соавт. предположили возможность существования как минимум двух вариантов течения ФП. Первый вариант – «психосоматический», который был распространен у больных с пароксизмальной формой ФП из 1-й группы. При этом варианте у пациентов выявляются признаки соматопсихической неустойчивости, проявляющейся манифестацией и рецидивами ФП на фоне значимых психоэмоциональных стрессов (рождение ребенка, утрата близкого, социальный конфликт, несчастный случай и т. п.) и психическими реакциями психопатологического уровня, реализующимися в ответ на первичные проявления заболевания. Прогноз и течение при первом варианте остаются благоприятными. Второй вариант – классический, «соматический», при котором психических реакций психопатологического уровня не отмечается, а наблюдается явный рост влияния соматогенных факторов на фоне постоянной формы ФП и ХСН, что и обуславливает расстройства соматопсихического типа. Этот вариант чаще встречался у пациентов из 2-й группы, страдающих длительно персистирующей формой ФП. Большинство больных из 2-й группы обращаются к врачу значительно позднее, чем пациенты из 1-й группы. На основании результатов исследования становится понятным, почему среди стационарных больных кардиологического профиля преобладают лица с недавно манифестировавшей ФП, а также пациенты с осложнениями данного вида аритмии. Помимо этого, выдвинутая гипотеза о двух вариантах течения позволяет объяснить результаты других публикаций о том, что при дебюте ФП и на отдаленных стадиях сердечно-сосудистых осложнений в случае постоянной ФП регистрируются наиболее выраженные психические расстройства и худшие показатели качества жизни [40].

Внимание специалистов к психологическим факторам риска ФП связано с высокой распространенностью этой аритмии



в популяции и увеличением ее частоты с возрастом [41]. Например, в Европе и Северной Америке ФП в 2014 г. была выявлена у 2–4% населения [42] и привела к 112 000 смертей в 2013 г. по сравнению с 29 000 – в 1990 г. [43]. В отсутствие адекватной терапии ФП имеет крайне неблагоприятный прогноз и высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений: ХСН, инвалидирующих церебральных тромбоэмболий и повторных госпитализаций [44].

В случае присоединения ИБС, психосоциальный статус больного, страдающего ФП, характеризуется наличием определенного внутреннего личностного конфликта, который, являясь следствием социально-психологической дезадаптации и особенностей характера, влияет на клиническую картину заболевания [45]. Женщины, страдающие ФП в сочетании с гипертонической болезнью, показывают высокий уровень беспокойства и тревожности, депрессию, преобладание враждебности над агрессивностью; мужчины, наоборот, демонстрируют преобладание агрессивности над враждебностью, но также показывают высокий уровень личностной тревожности [46].

Опираясь на эти данные, можно выбрать наиболее оптимальный способ хирургического лечения у пациентов с коморбидной патологией, при этом надо также учитывать, что к длительному медикаментозному лечению стремятся люди с адаптивными типами отношения к заболеванию [25, 40].

Расстройства не тревожного, а депрессивного спектра более характерны для пациентов пожилого и старческого возраста с нарушениями ритма сердца на фоне присоединения ИБС, стенокардии напряжения, гипертонической болезни, ожирения. Дополнительными факторами риска являются сопутствующие когнитивные нарушения, сосудистые и нейродегенеративные деменции, инсульты в анамнезе, малоподвижный образ жизни, проживание в одиночестве [6].

В то же время в ходе исследования A. Nicholson et al. выяснилось, что даже после со-

циальной коррекции образа жизни и увеличения физической активностности на фоне симптоматического лечения, депрессивные расстройства оставались независимым фактором риска (отношение рисков 1,37) смертности от сердечно-сосудистых осложнений среди больных с аритмиями на фоне ИБС [33]. А совокупное влияние депрессивных и тревожных расстройств со снижением физической активности и низким социально-экономическим статусом приводило к увеличению относительного риска до 1,47.

Среди желудочковых аритмий самым злокачественным течением характеризуются желудочковая тахикардия (ЖТ) и фибрилляция желудочков (ФЖ), обуславливающие до 85% случаев ВСС [47]. Если у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе выявляется частая желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) и/или эпизоды неустойчивой ЖТ, то это свидетельствует о высоком риске развития ВСС. В результатах крупномасштабных исследований MADIT I и MUSST, посвященных оценке эффективности ИКД у пациентов с ЖЭ и неустойчивой ЖТ, показано, что устойчивость этих аритмий к антиаритмическим препаратам IA класса и их трансформация в ходе проведения электрофизиологического исследования в устойчивую ЖТ является фактором риска ВСС [47].

В настоящее время для лечения желудочковых аритмий широко применяется имплантация ИКД и радиочастотная абляция (РЧА), которая позволяет радикально устранить эктопические аритмогенные очаги [47] и снизить частоту шоков при установке ИКД [48]. В большинстве работ освещается эффективность и безопасность хирургических методов лечения, при этом работ, в которых анализируются психосоциальные и соматопсихические соотношения пациентов с желудочковыми аритмиями, опубликовано недостаточно.

Основными психосоциальными факторами, детерминирующими психопатологические расстройства у данной категории боль-

ных, являются необходимость ограничения физических нагрузок и изменение взаимоотношений с близкими. В сочетании с личностной реакцией на факт пароксизма ЖТ/ФЖ и осознание его последствий в виде угрозы для жизни создаются условия для неблагоприятного эмоционального фона, способствующего развитию психопатологических расстройств тревожного, ипохондрического и депрессивного спектра. Это нередко требует обращения к специалистам в области психического здоровья и применения психофармакологического лечения.

О.А. Крамынина показала, что у пациентов с симптомной ЖЭ наблюдается повышение показателей личностной или реактивной тревожности и депрессии, коррелирующей с частотой ЖЭ [49]. Тогда как С.А. Гаврильева продемонстрировала, что у больных с ЖЭ высоких градаций, возникших вследствие ИБС, степень снижения качества жизни не зависит от частоты аритмии, а определяется тяжестью связанного с экстрасистолией субъективного дискомфорта [50]. Эти данные перекликаются с результатами Е.В. Глазуновой, выявившей у пациентов с ЖЭ депрессивные расстройства легкой степени у 13,0%, средней степени тяжести – у 12,1%, тяжелой степени – у 0,9% при использовании шкалы Цунга. Частота тревожных расстройств была следующей: тревога легкой степени – 17,0%, средней – 8,5%, тяжелой – 2,2% пациентов. При оценке депрессии по шкале Монтгомери–Асберга депрессия легкой степени выявлена у 22,2%, средней степени тяжести – у 3,0%, тяжелой степени – у 3,2%. Результаты работы Е.В. Глазуновой показали, что уровень тревожно-депрессивных расстройств у больных с ЖЭ зависит от природы основного заболевания и достоверно повышен у больных с ИБС [51].

Женщины, страдающие ЖЭ, более склонны к соматизации симптомов и демонстрируют более низкий уровень качества жизни по сравнению с мужчинами перед проведением РЧА [52]. В работе Т.В. Довженко выявлено, что распространенность

тревоги у пациентов с ЖЭ составила 37,6%, депрессии – 10,6%. Средний уровень тревожности, измеренный по шкале Шихана, у пациентов с ЖЭ был в 1,73 раза выше, чем у здоровых лиц, и составил  $24,9 \pm 2,4$  балла; уровень депрессии, измеренной по шкале Бека, – в 1,24 раза:  $8,36 \pm 1,23$  балла ( $p < 0,05$ ). Также отмечены значимые различия между уровнем депрессии у пациентов с прогрессирующими и не прогрессирующими при физической нагрузке ЖЭ, средний балл депрессии составил  $9,01 \pm 1,23$  и  $7,72 \pm 0,75$  соответственно [8]. Р.А. Либис в своей работе отметил, что больные с ЖЭ в 93,8% случаев отмечали необходимость избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению; в 92,6% – снижение настроения, чувство подавленности, в 91,4% – появление беспокойства, тревоги за свое здоровье, жизнь и судьбу [35].

Соматопсихические расстройства связаны с тяжелым соматическим статусом и выраженной астенизацией [19]. При проведении экспериментально-психологического обследования больных с желудочковыми тахикардиями и опасными для жизни брадиаритмиями, У.В. Лебедева, Д.С. Лебедев выявили, что у данной категории пациентов преобладают расстройства невротического характера (тревожно-фобические реакции с пароксизмальным течением и выраженной вегетативной лабильностью) [53]. Кроме того, для таких пациентов характерно наличие умеренно выраженной тревоги, эмоциональной лабильности и ипохондричности [4].

На фоне приступов ЖТ часто возникает страх летального исхода. В промежутках между пароксизмами ЖТ регистрируются тревога ожидания соматического страдания (страх развития повторных приступов или срабатывания ИКД), симптомы нозофобии (страх развития инфаркта миокарда, инсульта и т. д.). В случае длительного течения соматического страдания (в среднем через  $2,4 \pm 0,5$  года) у больных изменяется развитие личности, которая формируется по типу невротической ипохондрии [53].

Хирургическое лечение устраняет или ослабляет соматические проявления аритмии. Радикальное устранение аритмии методами РЧА, чувство «защищенности» пациента после имплантации ИКД способствует снижению общего уровня тревожности. У.В. Лебедева, Д.С. Лебедев изучили качество жизни, ситуационную и личностную тревожность пациентов с ИКД и увидели, что ситуационная тревожность уменьшилась почти в 2,5 раза и личностная тревожность – в среднем на 25% ( $p < 0,05$ ) [53].

Оценка психоэмоционально статуса у пациентов с жизнеугрожающими желудочковыми аритмиями очень важна для более эффективного хирургического вмешательства, так как патологические аффективные реакции вызывают физиологические сдвиги в организме (повышение симпатического и/или понижение парасимпатического тонуса, выброс катехоламинов), что провоцирует пароксизм аритмии, значительно усложняет работу хирургов и ухудшает прогноз операции. Нельзя забывать о том, что само проведение хирургического вмешательства с внедрением имплантируемого устройства, производящего электрические разряды, способствует развитию невротоподобных расстройств.

В следующей работе У.В. Лебедевой было показано, что у пациентов, получивших лечение методом имплантации ИКД, в 23,0% случаев развивается устойчивый страх его срабатывания; у 11% пациентов, у которых лечение катетерными методами не дало стойкого положительного эффекта, сформировались выраженные нозофобные расстройства [53]. Автором было показано, что расстройства психологического статуса или снижение качества усугубляют патологические процессы, которые увеличивают риск ВСС у пациентов с ИКД.

С целью коррекции психопатологических расстройств при нарушениях ритма сердца используют психотропные препараты, обладающие универсальным антипароксизмальным эффектом, в том числе антиконвуль-

санты, а также средства, уменьшающие психоэмоциональные расстройства. Эффект клоназепама, проявляющийся в уменьшении частоты пароксизмов ФП или даже прекращающего ее возникновение, демонстрирует справедливость предположения о ведущей роли психосоматических расстройств в развитии ФП у 80% больных [32]. Например, клоназепам заметно уменьшает выраженность вегетативных проявлений у больных во время приступа аритмии, а также уменьшает тревожность сновидений, улучшает качество сна, самочувствия, повышает настроение в межприступный период. Аналогичным эффектом обладает дифенин – противосудорожный препарат, который в клинической практике использовался как антиаритмическое средство для профилактики пароксизмальной тахикардии [17]. Часто наилучшим способом лечения является сочетание когнитивно-поведенческой психотерапии с фармакотерапией [24].

Таким образом, коморбидные психопатологические расстройства ухудшают клиническое течение и прогноз всех типов нарушений ритма сердца. Безусловно, успех лечения пациента в первую очередь зависит от эффективности оперативного вмешательства и адекватно подобранной профилактической антиаритмической терапии. Однако необходимо принимать во внимание и своевременно диагностировать психические нарушения различной степени выраженности, которые сопровождают развитие сердечной патологии. Тревожно-депрессивные расстройства и нарушения сердечного ритма находятся в реципрокных отношениях, и каждое из этих заболеваний утяжеляет течение другого. Выявление специфических личностных черт и адаптационных нарушений как факторов риска, влияющих на течение заболевания, требует медикаментозной коррекции и комплекса реабилитационных и профилактических мероприятий.

Многие вопросы, связанные с проблемой психических нарушений и их коррекции в кардиохирургической клинике, остаются

недостаточно изученными: не выявлены различия в структуре психических нарушений у больных после интервенционных вмешательств (РЧА) и после операций на открытом сердце, отсутствуют протоколы психореабилитационных мероприятий. Вместе с тем, опираясь на комплексное исследование психопатологических проявлений и психических нарушений, можно определить наиболее перспективные направления психологического сопровождения диагностического и оперативного процесса, повысить эффективность взаимодействия кардиологов и специалистов в области психического здоровья с целью повышения результативности лечения, улучшения качества жизни и медицинского прогноза больных.

Для успешного ведения больного с нарушениями ритма сердца требуются методы психотерапии и при необходимости назначение психотропных препаратов. Разработка и внедрение программы психологической реабилитации в кардиохирургических отделениях позволила бы добиться регресса психопатологической симптоматики у данной категории пациентов. Целесообразно дальнейшее комплексное изучение этих вопросов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Литература

1. Chugh S., Reinier K., Teodorescu C. et al. Epidemiology of sudden cardiac death: clinical and research implications. *Progr. Cardiovasc. Dis.* 2008; 51 (3): 213–28.
2. Mehra R. Global public health problem of sudden cardiac death. *J. Electrocardiol.* 2007; 40 (6): 118–22.
3. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г., Ватолин В.М. Хирургическое лечение болезней системы кровообращения в Российской Федерации (2010–2014 гг.). *Вестник Росздравнадзора.* 2016; 16: 63–9.
4. Комиссаров С.И., Кузнецов А.С., Чекалова Е.Г. Психосоматические корреляции у больных, оперированных по поводу фибрилляции предсердий. *Вестник неотложной и восстановительной медицины.* 2003; 4 (16): 13–6.
5. Linden M., Muschalla B. Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; 262 (6): 535–44.
6. Whooley M.A., de Jonge P., Vittinghoff E. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA.* 2008; 300: 2379–88.
7. Lespérance F., Frasere-Smith N., Talajic M. et al. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation.* 2002; 105: 1049–53.
8. Довженко Т.В. Расстройства депрессивного спектра с кардиальгическим синдромом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (клиника, диагностика, терапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2008.
9. Mangelli L., Bravi A., Favaet G.A. et al. Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics.* 2009; 50 (1): 38–41.
10. Von Kanel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion. *Swiss. Med. Wkly.* 2012; 142. <http://doi.org/10.4414/smw.2012.13502>.
11. Porcelli P., Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010; 12 (3): 246–54.
12. Dunbar F. Character and symptom formation – some preliminary notes with special reference to patients with hypertensive, rheumatic and coronary disease. *Int. J. Psycho-Anal.* 1938; 8: 8–18.
13. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J. Am. Med. Assoc.* 1959; 169 (12): 1286–96.
14. Herrmann-Lingen C. Interdisciplinary training course psychocardiology in primary care. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2011; 61 (11): 489–90.
15. Lampert R., Joska T., Burg M.M. et al. Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia. *Circulation.* 2002; 106 (14): 1800–5.
16. Baune B.T., Adrian I., Jacobi F. Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62 (2): 109–18.
17. Федорова В.И. Роль психовегетативных расстройств в развитии и течении артериальной гипертонии и нарушений ритма сердца, возможности их коррекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2009.
18. Sobczak M., Kasprzak J.D., Drygas W. Psychocardiology-introduction to a new scientific discipline. *Kardiol. Pol.* 2011; 69 (8): 838–43.
19. Караськова Е.А. Тревожные расстройства в генезе нарушений ритма сердца и организация психотерапии в аритмологических центрах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009.
20. Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M., Melotti R., Mattioli G. Effect of coffee consumption, lifestyle and acute life stress in the development of acute lone atrial fibrillation. *J. Cardiovasc. Med.* 2008; 9 (8): 794–8.

21. Юровская И.И. Роль тревожных и депрессивных расстройств в генезе пароксизмов мерцательной аритмии с учетом оперативного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2013.
22. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study. *Circulation*. 2004; 109 (10): 1267–71.
23. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosom. Med*. 2005; 67 (5): 692–6.
24. Смулевич А.Б., Волель Б.А., Медведев В.Э. и др. Развития личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии). *Психические расстройства в общей медицине*. 2008; 2: 3–11.
25. Grande G., Jordan J., Kummel M. et al. Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol*. 2004; 54 (11): 413–22.
26. Lange H.W., Herrmann-Lingen C. Depressive symptoms predict recurrence of atrial fibrillation after cardioversion. *J. Psychosom. Res*. 2007; 63: 509–13.
27. Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Хаспекова Н.Б. Влияние клозапема и антиаритмических препаратов на вариабельность ритма сердца больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии. *Кардиология*. 2005; 1: 35–40.
28. Минаков Э.В., Ковалев С.А., Белов В.Н., Белова Е.А. Качество жизни больных с фибрилляцией предсердий: влияние медикаментозной терапии и катетерных методов лечения. *Журнал теоретической и практической медицины*. 2005; 1: 34–8.
29. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс; 2002.
30. Brackett C.D., Powell L.H. Psychosocial and physiological predictors of sudden cardiac death after healing of acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol*. 1988; 61: 979–83.
31. Солдатова О.Г. Психосоматические корреляции в механизмах адаптационных реакций у лиц разного возраста: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Томск; 2008.
32. Санькова Т.А., Соловьева А.Д., Недоступ А.В. Сравнительный анализ симптоматики пароксизма мерцательной аритмии и панических атак. *Кардиология*. 2004; 6: 26–30.
33. Nicholson A., Kuper H., Hemingway H. Depression as an etiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146, 538 participants in 4 observational studies. *Eur. Heart J*. 2006; 27: 2763–74.
34. Frasure-Smith N., Lespérance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995; 91: 999–1005.
35. Либис Р.А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Оренбург; 1998.
36. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
37. Bennett P., Conway M., Clatworthy J., Brooke S., Owen R. Predicting post-traumatic symptoms in cardiac patients. *Heart Lung*. 2001; 30: 458–65.
38. Крылов В.И., Егоров Д.Ф. Психологическая реабилитация больных с имплантированными электрокардиостимуляторами. *Клиническая медицина*. 1989; 4: 74–7.
39. Медведев В.Э., Зверев К.В., Епифанов А.В. Психосоматические корреляции при фибрилляции предсердий. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2011; 3 (4): 45–9.
40. Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M. et al. The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation. *Eurpace*. 2005; 7: 211–20.
41. January C.T., Wann L.S., Alpert J.S., Calkins H., Cleveland J.C., Jr., Cigarroa J.E. et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2014. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.03.022.23>.
42. Zoni-Berisso M., Lercari F., Carazza T., Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clin. Epidemiol*. 2014 (6): 213–20.
43. GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 385 (9963): 117–71.
44. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., Ahlsson A., Atar D., Casadei B. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur. Heart J*. 2016; 37 (38): 2893–962.
45. Федорец В.Н. Ишемическая болезнь сердца у больных пожилого возраста с поведенческим типом А: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. СПб.; 2011.
46. Бунова С.С. Гипертоническая болезнь: нарушения психонейрогуморальных взаимоотношений и способы их коррекции: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Омск; 2009.
47. Голухова Е.З. Клинико-морфо-функциональные особенности желудочковых аритмий; показания и результаты хирургического лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1995.
48. Bogun F., Crawford T., Reich S., Koelling T.M., Armstrong W., Good E. et al. Radiofrequency ablation of frequent, idiopathic premature ventricular complexes: comparison with a control group without intervention. *Heart Rhythm*. 2007; 4: 863–7.
49. Крамынина О.А. Влияние терапии антиаритмическими препаратами (пропафеноном, амиодароном и метопрололом) на качество жизни больных с экстрасистолией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009.
50. Гаврильева С.А. Качество жизни у пациентов с желудочковой экстрасистолией высоких градаций и его динамика на фоне терапии

- бета-адреноблокаторами и амиодароном: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
51. Глазунова Е.В. Качество жизни, тревожные и депрессивные расстройства у больных с экстрасистолической аритмией и возможности их медикаментозной коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург; 2007.
  52. Huang C.X., Liang J.J., Yang B., Jiang H., Tang Q.Z. et al. Quality of life and cost for patients with premature ventricular contractions by radiofrequency catheter ablation. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2006; 29 (4): 343–50.
  53. Лебедева У.В., Лебедев Д.С. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий. *Вестник аритмологии.* 2005; 38: 23–8.
  54. Лебедева У.В. Динамика психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. СПб.; 2006.
- ### References
1. Chugh S., Reinier K., Teodorescu C. et al. Epidemiology of sudden cardiac death: clinical and research implications. *Progr. Cardiovasc. Dis.* 2008; 51 (3): 213–28.
  2. Mehra R. Global public health problem of sudden cardiac death. *J. Electrocardiol.* 2007; 40 (6): 118–22.
  3. Bockeria L.A., Stupakov I.N., Gudkova R.G., Vatolin V.M. Surgical treatment of diseases of the circulatory system in the Russian Federation (2010–2014 years) *Vestnik Roszdravnadzora.* 2016; 16: 63–9 (in Russ.).
  4. Komissarov S.I., Kuznetsov A.S., Chekalova E.G. Psychosomatic correlations in patients operated on for atrial fibrillation. *Vestnik neotloznoy i vosstanovitel'noy meditsiny.* 2003; 4 (16): 13–6 (in Russ.).
  5. Linden M., Muschalla B. Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; 262 (6): 535–44.
  6. Whooley M.A., de Jonge P., Vittinghoff E. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA.* 2008; 300: 2379–88.
  7. Lespérance F., Frasure-Smith N., Talajic M. et al. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation.* 2002; 105: 1049–53.
  8. Dovzhenko T.V. Depressive spectrum disorders with cardiac syndrome in patients with cardiovascular diseases (clinic, diagnosis, therapy): Med. Sci. Diss. Author's abstract. Moscow; 2008 (in Russ.).
  9. Mangelli L., Bravi A., Favaet G.A. et al. Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics.* 2009; 50 (1): 38–41.
  10. Von Kanel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion. *Swiss. Med. Wkly.* 2012; 142. <http://doi.org/10.4414/smw.2012.13502>.
  11. Porcelli P., Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010; 12 (3): 246–54.
  12. Dunbar F. Character and symptom formation – some preliminary notes with special reference to patients with hypertensive, rheumatic and coronary disease. *Int. J. Psycho-Anal.* 1938; 8: 8–18.
  13. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J. Am. Med. Assoc.* 1959; 169 (12): 1286–96.
  14. Herrmann-Lingen C. Interdisciplinary training course psychocardiology in primary care. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2011; 61 (11): 489–90.
  15. Lampert R., Joska T., Burg M.M. et al. Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia. *Circulation.* 2002; 106 (14): 1800–5.
  16. Baune B.T., Adrian I., Jacobi F. Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62 (2): 109–18.
  17. Fedorova V.I. The role of psycho-vegetative disorders in the development and course of arterial hypertension and cardiac rhythm disturbances, the possibility of their correction: Dr. Med. Sci. Diss. Author's abstract. Moscow; 2009 (in Russ.).
  18. Sobczak M., Kasprzak J.D., Drygas W. Psychocardiology-introduction to a new scientific discipline. *Kardiol. Pol.* 2011; 69 (8): 838–43.
  19. Karas'kova E.A. Anxiety disorders in the genesis of heart rhythm disturbances and the organization of psychotherapy in arrhythmological centers: Med. Sci. Diss. Author's abstract. Moscow; 2009 (in Russ.).
  20. Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M., Melotti R., Mattioli G. Effect of coffee consumption, lifestyle and acute life stress in the development of acute lone atrial fibrillation. *J. Cardiovasc. Med.* 2008; 9 (8): 794–8.
  21. Yurovskaya I.I. The role of anxiety and depressive disorders in the genesis of paroxysms of atrial fibrillation, taking into account surgical treatment: Med. Sci. Diss. Author's abstract. Moscow; 2013 (in Russ.).
  22. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study. *Circulation.* 2004; 109 (10): 1267–71.
  23. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosom. Med.* 2005; 67 (5): 692–6.
  24. Smulevich A.B., Volel' B.A., Medvedev V.E. et al. Personality development in somatic diseases (to the problem of acquired hypochondria). *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine.* 2008; 2: 3–11 (in Russ.).
  25. Grande G., Jordan J., Kummel M. et al. Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2004; 54 (11): 413–22.
  26. Lange H.W., Herrmann-Lingen C. Depressive symptoms predict recurrence of atrial fibrillation after cardioversion. *J. Psychosom. Res.* 2007; 63: 509–13.

27. Nedostup A.V., Solov'eva A.D., Khaspekova N.B. The effect of clonazepam and antiarrhythmic drugs on heart rate variability in patients with paroxysmal atrial fibrillation. *Kardiologiya*. 2005; 1: 35–40 (in Russ.).
28. Minakov E.V., Kovalev S.A., Belov V.N., Belova E.A. Quality of life of patients with atrial fibrillation: the influence of drug therapy and catheter methods of treatment. *Zhurnal teoreticheskoy i prakticheskoy meditsiny*. 2005; 1: 34–8 (in Russ.).
29. Aleksander F. Psychosomatic medicine its principles and applications. Alexander Franz. Psychosomatic medicine. The principles and practical application. Translation from English. Moscow: EKSMO-Press; 2002 (in Russ.).
30. Brackett C.D., Powell L.H. Psychosocial and physiological predictors of sudden cardiac death after healing of acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol*. 1988; 61: 979–83.
31. Soldatova O.G. Psychosomatic correlations in the mechanisms of adaptation reactions in persons of different ages: Dr. Med. Sci. Diss. Author's abstract. Tomsk; 2008 (in Russ.).
32. San'kova T.A., Solov'eva A.D., Nedostup A.V. Comparative analysis of the symptomatology of paroxysm of atrial fibrillation and panic attacks. *Kardiologiya*. 2004; 6: 26–30(in Russ.).
33. Nicholson A., Kuper H., Hemingway H. Depression as an etiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146, 538 participants in 4 observational studies. *Eur. Heart J*. 2006; 27: 2763–74.
34. Frasure-Smith N., Lespérance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995; 91: 999–1005.
35. Libis R.A. Quality of life of patients with cardiovascular diseases: Dr. Med. Sci. Diss. Author's abstract. Orenburg; 1998 (in Russ.).
36. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
37. Bennett P., Conway M., Clatworthy J., Brooke S., Owen R. Predicting post-traumatic symptoms in cardiac patients. *Heart Lung*. 2001; 30: 458–65.
38. Krylov V.I., Egorov D.F. Psychological rehabilitation of patients with implanted cardiostimulators. *Klinicheskaya meditsina*. 1989; 4: 74–7 (in Russ.).
39. Medvedev V.E., Zverev K.V., Epifanov A.V. Psychosomatic correlations in atrial fibrillation. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2011; 3 (4): 45–9 (in Russ.).
40. Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M. et al. The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation. *Europace*. 2005; 7: 211–20.
41. January C.T., Wann L.S., Alpert J.S., Calkins H., Cleveland J.C., Jr., Cigarroa J.E. et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2014. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.03.022.23>.
42. Zoni-Berisso M., Lercari F., Carazza T., Domenicucci S. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clin. Epidemiol*. 2014 (6): 213–20.
43. GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 385 (9963): 117–71.
44. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D., Ahlsson A., Atar D., Casadei B. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur. Heart J*. 2016; 37 (38): 2893–962.
45. Fedorets V.N. Ischemic heart disease in elderly patients with behavioral type A: Dr. Med. Sci. Diss. Author's abstract. St. Petersburg; 2011 (in Russ.).
46. Bunova S.S. Hypertensive disease: violations of psychoneurohumoral interrelations and ways of their correction: Dr. Med. Sci. Diss. Author's abstract. Omsk; 2009 (in Russ.).
47. Golukhova E.Z. Clinico-morpho-functional features of ventricular arrhythmias; Indications and results of surgical treatment: Dr. Med. Sci. Diss. Author's abstract. Moscow; 1995 (in Russ.).
48. Bogun F., Crawford T., Reich S., Koelling T.M., Armstrong W., Good E. et al. Radiofrequency ablation of frequent, idiopathic premature ventricular complexes: comparison with a control group without intervention. *Heart Rhythm*. 2007; 4: 863–7.
49. Kramynina O.A. Effect of therapy with antiarrhythmic drugs (propafenone, amiodarone and metoprolol) on the quality of life of patients with extrasystole: Med. Sci. Diss. Author's abstract. Moscow; 2009 (in Russ.).
50. Gavril'eva S.A. Quality of life in patients with ventricular extrasystoles of high grades and its dynamics against the background of beta-blockers and amiodarone therapy: Med. Sci. Diss. Author's abstract. Moscow; 2004 (in Russ.).
51. Glazunova E.V. Quality of life, anxious and depressive disorders in patients with extrasystolic arrhythmia and the possibility of their drug correction: Med. Sci. Diss. Author's abstract. Orenburg; 2007 (in Russ.).
52. Huang C.X., Liang J.J., Yang B., Jiang H., Tang Q.Z. et al. Quality of life and cost for patients with premature ventricular contractions by radiofrequency catheter ablation. *Pacing Clin. Electrophysiol*. 2006; 29 (4): 343–50.
53. Lebedeva U.V., Lebedev D.S. Psychological aspects and quality of life of patients in the surgical treatment of arrhythmias. *Vestnik aritmologii*. 2005; 38: 23–8 (in Russ.).
54. Lebedeva U.V. Dynamics of psychoemotional status and quality of life of patients with life-threatening heart rhythm disorders: Dr. Med. Sci. Diss. Author's abstract. St. Petersburg; 2006 (in Russ.).

Поступила 10.02.2017

Принята к печати 27.02.2017