

*На правах рукописи*

**ТРОШИНА ДАРЬЯ ВИКТОРОВНА**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ  
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

14.01.06 – Психиатрия

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2019

Диссертационная работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент

**Волель Беатриса Альбертовна**

**Официальные оппоненты:**

**Вельтищев Дмитрий Юрьевич** - доктор медицинских наук, доцент, Московский научно-исследовательский институт психиатрии – Филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение психических расстройств при соматических заболеваниях, руководитель отделения

**Петрова Наталия Николаевна** - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», кафедра психиатрии и наркологии, заведующий кафедрой

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Защита состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Диссертационного совета Д 208.040.07 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Ученый секретарь**

Диссертационного Совета Д 208.040.07  
доктор медицинских наук, профессор

**Дамулин Игорь Владимирович**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы исследования

Фибрилляция предсердий (ФП) - наджелудочковая тахикардия, являющаяся в настоящее время наиболее распространенным нарушением сердечного ритма (до 0,4%-1% в популяции) [C.D. Furberg et al., 1994; G. Andrikopoulos et al., 2014; M. Zoni-Berisso et al., 2014]. Доля госпитализаций по поводу ФП составляет около 1/3 среди всех нарушений сердечного ритма [Д.В. Преображенский и соавт., 2005; Л.А. Бокерия и соавт., 2010]. Данные многочисленных исследований свидетельствуют об ассоциации ФП с повышением риска тромбообразования и возникновением кардиоваскулярных катастроф, таких как инсульт, инфаркт, внезапная сердечная смерть [L. Friberg et al., 2010; T.F. Chao et al., 2012; E. Marijon et al., 2013; S.S. Chugh et al., 2014; C.A. Emdin et al., 2016].

Изучение психической патологии при ФП является актуальным в связи со значительной распространенностью психических расстройств – как являющихся следствием кардиологического заболевания (ФП), так и провоцирующих манифестацию аритмии.

Пароксизмы ФП, вызывая ухудшение общей и центральной гемодинамики, могут способствовать развитию вторичных психовегетативных нарушений, ухудшая психическое состояние больных [J.Y. Le Heuzey et al., 1994; А.В. Недоступ и соавт., 2001; В.В. Ломакин и соавт., 2009]. Кроме того, ФП может выступать как психогенный триггер для развития психических расстройств – нозогенных реакций (распространенность нозогений при ФП - до 55,8% [Яковенко Т.В. и соавт., 2006]) [К.Т. Gleason et al., 2018]. Исследования, выполненные на контингенте больных общесоматического и кардиологического профиля, свидетельствуют о накоплении при ФП клинически гетерогенных нозогенных реакций: депрессивных (до 38%), тревожных (до 35%), ипохондрических (до 8%) и соматизированных (до 4-5%) [А.И. Varsky et al., 1994; Т.В. Яковенко и соавт., 2006; D. Patel et al., 2013]. При этом клинические особенности ФП (пароксизмальное течение заболевания, непредсказуемость приступов аритмии, изменение гемодинамических показателей и пр.) обуславливают неоднородность психопатологических феноменов, выявляющихся при ФП в сравнении с другими ССЗ (ИБС, АГ) [Ф.Ю. Копылов, 2009; Яковенко Т.В., 2009; Е.А. Степанова, 2010].

Нозогенные реакции при ФП могут оказывать значительное влияние на медицинское поведение пациентов, которое, в свою очередь, опосредованно влияет на течение и прогноз заболевания [G. Schussler, 1992; R.C. Ziegelstein, 2001]. Наибольшую актуальность в аспекте диагностических и терапевтических подходов к ведению пациентов с ФП имеют нозогенные реакции, коморбидные шизотипическому РЛ, создающие по данным ряда исследователей наибольшие диагностические трудности и ассоциированные с патологическим дезадаптивным

поведением в болезни [А.В. Андрющенко, 2011; S.E. Quirk et al., 2014; M. Suárez-Bagnasco et al., 2017].

Другой актуальной проблемой в аспекте изучения психической патологии при нарушениях ритма сердца является возможность развития аритмий под воздействием психогенных триггеров. Так, среди факторов риска возникновения и прогрессирования ФП рассматривается большое число психосоциальных и поведенческих факторов, в том числе психоэмоциональные нарушения [A.V. Mattioli et al., 2008]. При этом, по некоторым данным стресс является одним из самых распространенных триггеров пароксизмов ФП [A. Hansson et al., 2004].

Таким образом, требуют дальнейшего изучения вопросы накопления отдельных типов нозогений при ФП с учетом конституциональной предрасположенности и особенностей течения аритмии, соучаствующих в формировании психической патологии у этой группы больных. Кроме того, нуждаются в уточнении данные в отношении личностной предрасположенности и характеристике триггеров стресс-индуцированной ФП, а также клиническая структура такого рода реакций.

#### **Степень разработанности темы исследования**

Большинство существующих на настоящий момент исследований по проблеме психической патологии при ФП проведены в соответствии с психологическим подходом с использованием психометрических методик [G. Thrall et al., 2007; N. Frasure-Smith et al., 2009; M. Polikandrioti et al., 2018]. Результаты ограниченного числа работ, выполненных с клинических (психопатологических) позиций, свидетельствуют о широком спектре нозогенных реакций, формирующихся при ФП: тревожных, депрессивных, диссоциативных, соматизированных и пр. [Т.В. Яковенко, 2006]. Однако остается малоизученной клиническая структура шизотипических нозогенных реакций у больных ФП. Не разработаны подходы к ведению пациентов с ФП и шизотипическими нозогениями. Между тем аналогичные работы, выполненные на контингенте пациентов соматической клиники (онкологической, кардиологической и др.), демонстрируют очевидную клиническую значимость такого рода состояний в аспекте оптимизации лечебно-диагностических мероприятий [Н.А. Ильина, 2006; А.В. Бурлаков, 2006; Д.С. Петелин, 2018].

Проведенные к настоящему времени исследования позволяют предположить наличие гетерогенных психогенных реакций, завершающихся манифестацией ФП [В.В. Марилев. и соавт., 2013; М.Р. Александрова и соавт., 2014; S. Graff et al., 2017]. Однако остаются малоразработанными вопросы, связанные с механизмами манифестации, характеристикой

психогенных триггеров, клинической структурой стресс-индуцированных реакций, а также, личностной предрасположенностью для формирования такого рода состояний.

**Цель исследования** - изучение вклада РЛ (с учетом явлений реактивной лабильности) и кардиологической патологии в формировании психических расстройств – как спровоцированных ФП (нозогений), так и психогенных (стресс-индуцированных) реакций, завершающихся формированием нарушений сердечного ритма.

#### **Задачи исследования:**

1. Оценка структуры (в сопоставлении с показателями распространённости иной кардиальной патологии - АГ) нозогенных реакций у больных с ФП;
2. Определение клинической структуры шизотипических нозогенных реакций у больных ФП;
3. Разработка модели психокардиологических синдромов, формирующихся при соучастии соматического и личностного факторов;
4. Оценка клинической структуры стресс-индуцированной ФП;
5. Оценка ответа на психофармакотерапию психических расстройств у больных ФП с учетом психокардиологических соотношений.

#### **Научная новизна**

В настоящем исследовании впервые проведена сравнительная оценка структуры нозогений у больных ФП в сравнении с другими ССЗ (АГ). Выявлено накопление при ФП шизотипических нозогенных реакций, ассоциированных с клинически значимым дезадаптивным поведением в болезни и затруднением терапии и реабилитации пациентов с ФП.

Впервые выделены гетерогенные клинические варианты шизотипических нозогенных реакций при ФП. Разработана авторская инновационная концепция психокардиологических синдромов (на модели шизотипических нозогенных реакций), определяющихся соотношением (синергизм/антагонизм) траекторий развития конституционального (РЛ) и соматического (соматогенного) факторов.

Установлены механизмы и роль личностных и соматических факторов в развитии стресс-индуцированной ФП. Впервые определена клиническая структура стресс-индуцированных реакций, завершающихся манифестацией ФП, с учетом конституционального преморбида и характеристик психогенных триггеров: 1) кататимные, с преимущественным телесным выражением, формирующиеся по механизму «ключевого переживания» 2) тревожные и истеро-депрессивные, завершающиеся соматизацией психопатологических расстройств, формирующиеся по типу реакции горя.

Разработаны рациональные подходы к выбору средств и методики психофармакотерапии психических расстройств у больных ФП, включая диапазоны оптимальных эффективных доз отдельных представителей основных классов препаратов с учетом кардиологической безопасности. Проведена дифференцированная оценка ответа на терапию клинически гетерогенных реактивных состояний при ФП.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

Представленная в работе модель психокардиологических синдромов, объединяющих кардиологическую патологию и патохарактерологические/психопатологические расстройства, позволяет оптимизировать стратегии ведения пациентов с ФП и создаёт возможности для проведения дифференцированных психокоррекционных мероприятий, способствующих (наряду с кардиотропной терапией) улучшению клинического прогноза рассматриваемого контингента больных. Разработанная модель также может использоваться для оценки психосоматических соотношений при любых вариантах соматической патологии.

Клиническая дифференциация гетерогенных вариантов стресс-индуцированных реакций, завершающихся манифестацией ФП, с оценкой конституционального преморбида и характеристик психоэмоциональных триггеров способствует совершенствованию профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

### **Методология исследования**

Методы исследования включали психопатологический, патопсихологический с применением психометрических методик, соматическое обследование (рутинные методы, предусмотренные стандартом оказания стационарной помощи в связи с диагнозом кардиологического заболевания). В исследовании применялись статистические методы обработки данных. Статистическая оценка полученных данных включала: сравнение средних величин (с применением критерия Колмогорова-Смирнова) и оценку достоверности различий с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни (U-test). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Достоверным считался уровень значимости  $p < 0,05$ .

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Типологическая дифференциация психических расстройств и гетерогенность механизмов их формирования определяется клиническими характеристиками течения ФП и траекторией развития РЛ (синергическое/антагонистическое).
2. Нозогенные реакции при ФП ассоциированы с трудностями в ведении пациентов: усложнение проведения дифференциально-диагностического поиска, оценки эффективности кардиотропной терапии, а также снижение комплаентности. Наибольшее

значение у пациентов с ФП в аспекте дезадаптивного поведения в болезни имеют шизотипические нозогенные реакции.

3. Разработанная концепция психокардиологических синдромов основывается на психосоматических соотношениях у больных с шизотипическими нозогенными реакциями (соотношение траектории развития РЛ и динамики ФП) и дифференцируется на два полярных типологических варианта, определяющих подходы к ведению этой когорты больных: 1) синдром синергического взаимодействия патохарактерологической патологии и ССЗ и 2) синдром антагонистических соотношений патохарактерологических аномалий и ССЗ
4. Манифестация стресс-индуцированной ФП происходит под воздействием неоднородной группы психогенных триггеров при соучастии личностного фактора у соматически уязвимых пациентов (проаритмогенные изменения миокарда на фоне длительного течения АГ).
5. Терапия психических расстройств у больных ФП включает комплекс мероприятий, основным из которых является психофармакотерапия, проводимая с учетом соотношения эффективности и безопасности.

#### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (психопатологического, патопсихологического, соматического, статистического) соответствующим поставленным задачам.

Диссертационная работа апробирована и рекомендована к защите на научной конференции кафедры психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол №6 от 24.04.2019 года). Основные результаты исследования были **доложены и обсуждены** на XXIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство», (г. Москва 11-14 апреля 2016 года), Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (г. Москва, 24 мая 2016 года), Российском национальном конгрессе кардиологов (г. Екатеринбург, 20-23 сентября 2016 года), XIII Всероссийской школе молодых психиатров (г. Суздаль, 24 апреля 2017 года), XXV Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (г. Москва, 9-12 апреля 2018 года), Научно-практической конференции «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества» (г. Москва, 29 октября 2018 года).

#### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно разработан дизайн исследования, обследованы пациенты, вошедшие в исследуемую выборку с применением психопатологического и психометрического методов, проанализированы данные литературы и результаты клинического обследования. Проведена статистическая обработка полученных данных.

**Результаты исследований внедрены** в клиническую работу Клиники кардиологии УКБ№1, психотерапевтического отделения УКБ№3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), в научную и педагогическую работу кафедры психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 14.01.06 – «Психиатрия», занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных. Результаты проведённого исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пункту 4 специальности «Психиатрия».

#### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 199 страницах машинописного текста (основной текст 176 страниц) и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка литературы. Библиографический указатель содержит 205 наименований (из них отечественных – 66 иностранных – 139). Диссертация иллюстрирована 18 таблицами, 7 рисунками и 4 клиническими наблюдениями.

#### **Публикации по теме диссертации**

По материалам диссертации опубликовано 4 печатные работы, отражающих её основное содержание, из них 4 в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

#### **Материал и методы исследования**

Набор материала исследования осуществился в период с 2015 по 2018 гг. при междисциплинарном участии сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой – академик РАН А.Б. Смулевич) и кафедры неотложной и профилактической кардиологии (зав. кафедрой – проф. А.Л. Сыркин) лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (ректор – академик РАН П.В. Глыбочко). Дизайн исследования предусматривал проведение двух этапов. I этап - скрининг психических расстройств среди 315 пациентов с ФП и АГ (группа сравнения), проходивших стационарное лечение в клинике



кардиологии Университетской клинической больницы №1 (зав. отделением, проф. – Д.А. Андреев, главный врач – доц. О.В. Бабенко), давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Процедура скрининга психической патологии включает клиническое интервью с оценкой психического статуса и последующее применение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Отобрано 245 наблюдений с ФП и АГ, обнаруживающих психическую патологию клинического и субклинического уровня. Группа больных с АГ сформирована с целью сравнения структуры нозогенных реакций при ФП и АГ, верификации накопления отдельных типов нозогений у больных ФП.

II этап – комплексное клиническое обследование, в результате которого сформирована основная клиническая выборка, составившая 205 наблюдений с ФП и АГ.

Критерии включения:

- Мужчины и женщины в возрасте от 35 до 85 лет;
- Верифицированный диагноз кардиологического заболевания:
  - фибрилляция предсердий;
  - либо артериальная гипертензия;
- Психогенная реакция, связанная с кардиологическим заболеванием:
  - нозогенная реакция, спровоцированная кардиологическим заболеванием (ФП либо АГ);
  - либо возникновение приступов ФП на протяжении 6 месяцев после стрессового события/череды событий по данным анамнеза и медицинской документации .

Критерии невключения:

- сопутствующая соматическая патология: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая энцефалопатия, гемодинамически значимые пороки сердца, сахарный диабет, нарушения функции щитовидной железы, хроническая почечная недостаточность, тяжелая сердечная недостаточность;
- состояния тяжёлой соматической декомпенсации, не позволяющие провести полноценное психопатологическое обследование: оглушение, кома, а также состояния, требующие неотложной медицинской помощи и реанимационных мероприятий.
- шизофрения; биполярное аффективное расстройство, органические психические расстройства, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

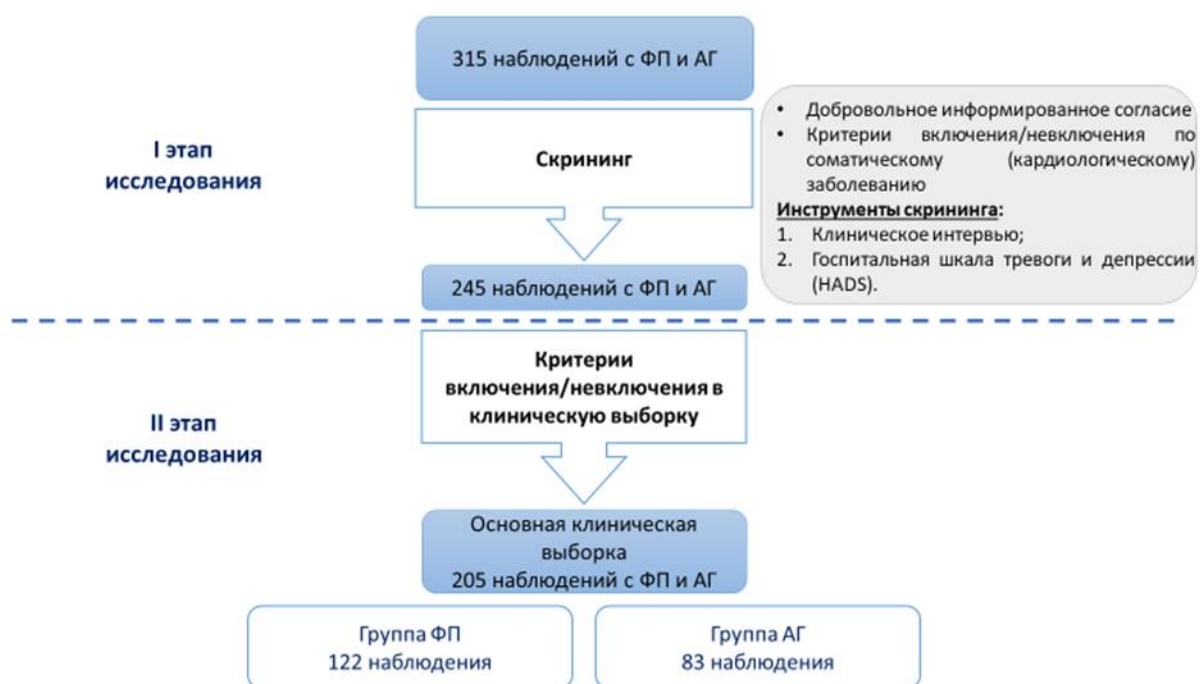


Рисунок 1. Схема дизайна исследования

Методы исследования включают психопатологический, патопсихологический с применением психометрических методик, соматическое обследование (рутинные методы, предусмотренные стандартом оказания стационарной помощи в связи с диагнозом ССЗ). В исследовании применяются статистические методы обработки данных: критерий Колмогорова-Смирнова, непараметрический критерий Манна-Уитни (U-test). Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS 20.0. Достоверным считается уровень значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Основная клиническая выборка составила 205 наблюдений (124 женщины и 81 мужчина). Группа больных ФП - 122 наблюдения (76 женщин и 46 мужчин): группа с нозогенными реакциями при ФП - 80 наблюдений (47 женщин и 33 мужчины, средний возраст  $65,4 \pm 8,1$  лет), группа стресс-индуцированной ФП - 42 наблюдения (29 женщин и 13 мужчин, средний возраст -  $64,5 \pm 9,8$  лет). Группа с нозогенными реакциями при АГ (группа сравнения) составила 83 наблюдения (48 женщин и 35 мужчин, средний возраст  $61,4 \pm 12,2$  лет).

Гендерное распределение пациентов клинической выборки характеризовалось преобладанием женщин (60,5%). Средний возраст больных в клинической выборке составил  $63,4 \pm 9,1$  лет. Анализ социально-трудового статуса показал высокий уровень адаптации больных, вошедших в исследование (пенсионеры по возрасту (60%) или работающие (29,3%)). Инвалидность по соматическому заболеванию оформлена лишь в 12 наблюдениях клинической выборки (5,8%). Полученные данные могут объясняться строгими критериями невключения, в

связи с которыми исследуемую выборку составили больные без тяжелой сопутствующей основному заболеванию соматической патологии.

В результате сравнительной оценки структуры нозогенных реакций при ФП и АГ (см. рисунок 2) было выявлено достоверное накопление при ФП шизотипических реакций в сравнении с группой АГ (37,5%,  $p < 0,05$ ), а также тревожных нозогений (42,5%). Преобладание тревожных реакций при ФП соотносится с пароксизмальным непредсказуемым характером течения аритмии в сочетании с накоплением в группе ФП тревожно-мнительного РЛ (23,7%). Диссоциативные реакции определяются в 9 наблюдениях с ФП (11,3%), а депрессивные реакции лишь в 7 наблюдениях (8,7%). В свою очередь, в группе АГ обнаруживается достоверное преобладание (в сравнении с больными ФП) диссоциативных нозогенных реакций (43,4%,  $p < 0,05$ ), что соотносится с накоплением истерического РЛ (46,9%,  $p < 0,05$ ), а также особенностями течения заболевания – относительная контролируемость проявлений, редкая частота госпитализаций. Тревожные реакции при АГ выявлялись в 29 наблюдениях (34,9%), а шизотипические и депрессивные – в 12 (14,4%) и 6 (7,3%) наблюдениях соответственно.

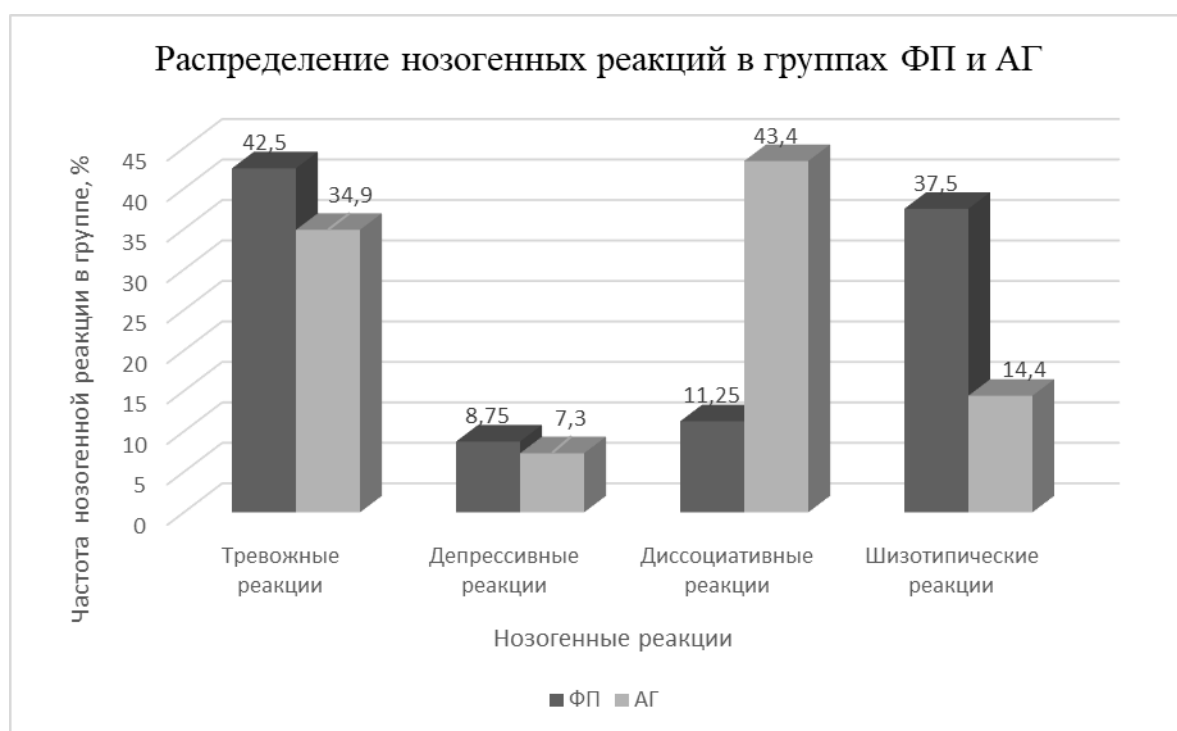


Рисунок 2. Сравнение распределения нозогенных реакций в группах ФП и АГ

### **Шизотипические нозогенные реакции при ФП**

Группу пациентов с шизотипическими реакциями при ФП составили 30 наблюдений (17 мужчин и 13 женщин, средний возраст –  $65,1 \pm 7,11$  лет): гиперестетические - тревожно-ипохондрические первый вариант и реакции по типу аберрантной ипохондрии - второй вариант.

*Первый вариант – гиперестетические - тревожно-ипохондрические реакции при ФП*, 11 женщин и 7 мужчин, средний возраст 64,9±8,6 лет.

Дебют нозогенной реакции у этой когорты пациентов совпадает по времени с возникновением первых в жизни развернутых пароксизмов ФП. В результате согласованности траекторий соматического (динамика ФП) и личностного (фиксация на телесной сфере с персистирующей тревогой о здоровье) факторов с самого начала манифестации болезни происходит амплификация приступов ФП тревожно-фобической симптоматикой: ПА, протекающими с танатофобией и целым рядом вегетативных (усиленное потоотделение, внутренняя дрожь, тремор рук и пр.) и соматизированных расстройств. При этом спектр предъявляемых больными жалоб не соотносится с благоприятным течением заболевания, стабильными показателями сердечного ритма и отсутствием у пациентов гемодинамически значимых осложнений.

К отличительным свойствам тревожно-ипохондрических реакций у пациентов с шизотипическим РЛ относятся манифестация вычурных телесных ощущений (коэнестезиопатий), нехарактерных для проявлений аритмии - телесные фантазии [F. Schontz, 1985; Н.И. Буренина, 1997]. Так, в структуре пароксизма ФП у этой когорты пациентов наряду с характерными для сердечно-сосудистого заболевания ощущениями учащенного неритмичного сердцебиения выявляются ощущения «разнонаправленного сокращения сердца по горизонтали, вертикали и диагонали», «перемещения», «прыжков» сердца внутри грудной клетки. Для описания неприятных ощущений пациенты используют яркие образные выражения, метафоры: сердце «скачет в груди, как живое», «волна крови бьет изнутри по грудной клетке», сердце «заполняет всю грудную клетку», а затем «сжимается в комок». Необходимо отметить, что рассматриваемые ощущения имеют четкую пространственную локализацию (область сердца), что отличает их от коэнестезиопатий, формирующихся при шизофрении, чаще всего не имеющих определенной топической проекции [Е.В. Серебрякова, 2007].

После успешного купирования пароксизма и редукции телесных ощущений в сознании больных остаются актуальными персистирующие опасения повторного приступа и развития осложнений аритмии (инсульта, инфаркта, внезапной сердечной смерти) – нозофобии. При этом, вместо типичных для тревожных реакций нозофобий (страх инсульта, инфаркта), в этой когорте на первом плане обнаруживаются фобии, не напрямую, а лишь косвенно связанные с диагнозом ФП: страх нарушения «ритма работы» пищеварительной и дыхательной систем с развитием заболеваний соответствующих органов (язвы желудка, бронхиальной астмы и т.п.).

В большинстве наблюдений (66,7%) тревожно-ипохондрические реакции уже после первых приступов ФП сопровождаются формированием избегающего поведения с ограничением в передвижениях из-за опасений остаться без медицинской помощи, снижением

ежедневной физической активности (отказ от походов в магазин, уборки в доме) с целью минимизировать риск повторных пароксизмов аритмии.

Поведение в болезни в этой когорте соответствует ипохондрическим установкам пациентов. Больные фиксируют малейшие изменения в самочувствии, не ориентируясь на показатели состояния сердечно-сосудистой системы (АД, ЧСС, ритмичность пульса и пр.). При этом результаты кардиологических исследований трактуются с точки зрения собственного восприятия телесного функционирования, а не заключений специалистов: объективные изменения миокарда по данным ЭХО-КГ, свидетельствующие о поражении ткани сердца, воспринимаются больными, как возрастная норма, тогда как физиологически допустимые изменения - незначительное повышение пульса в пределах нормальных значений или регистрация редких экстрасистол по результатам суточного мониторинга, ассоциируются с усилением ипохондрической тревоги.

Структура шизотипического РЛ в наблюдениях с тревожно-ипохондрическими нозогенными реакциями обнаруживает однонаправленное синергическое взаимодействие с соматическим фактором (ФП), что реализуется стабилизацией кардиологического заболевания на уровне более благоприятного (в сравнении со вторым вариантом нозогенных реакций – см. ниже) течения – своевременное обращение за медицинской помощью, накопление более благоприятной - пароксизмальной формы ФП, редкие случаи ремоделирования миокарда.

***Второй вариант–реакции по типу аберрантной ипохондрии***, 10 мужчин и 2 женщины, средний возраст  $65,0 \pm 7,3$  лет.

Пациенты с нозогенными реакциями по типу аберрантной ипохондрии (в противоположность наблюдениям с тревожно-ипохондрическими нозогениями) обнаруживают персистирующую на протяжении всей жизни конституционально обусловленную «устойчивость» (resilience) к соматической патологии.

Устойчивость к соматическому неблагополучию реализуется в отношении заболеваний сердечно-сосудистой системы. Так, в 10 наблюдениях (83,3%) с шизотипическими реакциями по типу аберрантной ипохондрии развитию ФП предшествовала неконтролируемая медикаментозно длительно протекающая (от 5 до 18 лет) АГ. При этом диагноз АГ ставился пациентам по результатам случайных измерений давления во время медицинских осмотров, а рекомендованные контроль цифр АД и регулярная терапия воспринимались как необязательные для соблюдения.

В условиях манифестации аритмии у пациентов этой группы наблюдаются лишь минимальные признаки телесного неблагополучия, которые не только не амплифицируются за счет присоединения полиморфных соматоформных расстройств (что наблюдается при первом варианте нозогенных реакций), но напротив, игнорируются пациентами. В последующем, чаще

всего на этапе установления диагноза на первый план выступают клинически очерченные проявления аберрантной ипохондрии – парадоксальная, при учете верификации потенциально тяжелого инвалидизирующего сердечно-сосудистого заболевания и манифестных приступов аритмии, лишенная эмоционального сопровождения, реакция на соматическое страдание.

Клинические проявления ФП в этой когорте реализуются ограниченным (в сравнении с первым типом реакций) набором телесных ощущений (неритмичность сердцебиения, учащение пульса), а в части наблюдений (5 набл.) приступы ФП протекают практически бессимптомно (эпизоды слабости, чувство утомления). Столкнувшись с приступами ФП в части наблюдений (6 набл.) пациенты с реакциями по типу аберрантной ипохондрии стремятся игнорировать приступообразно возникающие неприятные ощущения (перебои в работе сердца, слабость и пр.), «переждать» дискомфорт, не обращаясь к врачу. В части случаев (5 набл.) выявляются также эпизоды самостоятельных попыток восстановления ритмичного сердцебиения с помощью агрессивных мер с применением тяжелых физических нагрузок (длительные забеги с целью «дать сердцу правильную нагрузку» и восстановить его работу, многочасовые подъемы и спуски по лестнице на фоне нарастания неприятных симптомов) и небезопасных манипуляций (самомассаж, сдавление грудной клетки).

Склонность к преодолению соматического дискомфорта, хорошая физическая переносимость кардиологического заболевания ассоциируется с отказом пациентов от регулярных медицинских обследований, искажает спектр жалоб на реальное заболевание и в конечном итоге соотносится с неблагоприятными (в сравнении с первым вариантом нозогений) тенденциями развития ФП.

В результате оценки соотношения траекторий развития кардиологического заболевания – ФП и динамики личностной патологии на формирование нозогенных реакций при ФП у пациентов с шизотипическим РЛ были выявлены следующие закономерности. Для группы гиперестетических нозогений было выявлено совпадение траекторий развития РЛ (ипохондрическая гиперестезия) и ФП. В этом случае формирование тревожно-ипохондрических реакций происходит с «усложнением» клинической картины аритмии за счет психопатологических расстройств (амплификация приступов ФП ПА), что приносит трудности в диагностику ФП и оценку эффективности проводимой кардиотропной терапии. В группе нозогений по типу аберрантной ипохондрии при ФП обнаруживается расхождение траекторий РЛ (устойчивость к телесному неблагополучию) и ФП (преобладание персистирующей формы аритмии - тенденции к затяжным пароксизмам с необходимостью проведения кардиоверсии в целях купирования состояния, увеличение размера ЛП).

Анализ соотношения соматически спровоцированной траектории развития РЛ и динамики клинических проявлений ФП позволяет выделить два типа, устойчивых в плане структуры психосоматических соотношений, **психокардиологических синдрома**.

**I тип. Синдром синергического взаимодействия патохарактерологической и сердечно-сосудистой патологии**, сопровождающегося стабилизацией на уровне благоприятного течения кардиологического заболевания.

Конституционально обусловленные расстройства (тревога о здоровье, повышенная чувствительность к проявлениям соматического неблагополучия, обостренное самонаблюдение с фиксацией телесных ощущений) выступают в качестве фактора, создающего условия для раннего выявления и купирования ФП, предупреждения прогрессирующего увеличения ЛП, уменьшения риска развития тромбоэмболических осложнений и ХСН и контроля АГ.

**II тип. Синдром антагонистических соотношений патохарактерологических аномалий и сердечно-сосудистой патологии**, сопровождающегося утяжелением течения кардиологического заболевания.

Конституционально обусловленная устойчивость (resilience) к соматическому неблагополучию ассоциируется с дезадаптивным поведением в болезни (позднее обращение за медицинской помощью и, соответственно, более длительные эпизоды ФП, плохо контролируемая АГ, прогрессирующее увеличение ЛП, большая вероятность тромбоэмболических осложнений и возникновения ХСН).

### **Стресс-индуцированная ФП**

Группу пациентов со стресс-индуцированной ФП составили 42 наблюдения (29 женщин и 13 мужчин, средний возраст –  $64,5 \pm 9,8$  лет). В результате анализа клинической структуры стресс-индуцированных реакций, завершающихся манифестацией ФП, выделено два типа: 1) реакции кататимные, с преимущественным телесным выражением; 2) реакции тревожные и истеро-депрессивные, завершающиеся соматизацией психопатологических расстройств.

**Первый тип – реакции кататимные, с преимущественным телесным выражением**, 19 наблюдений: 12 женщин и 7 мужчин, средний возраст  $64,6 \pm 9,1$  лет.

В большинстве наблюдений (78,9%,  $p < 0,05$ ) стресс-индуцированные реакции возникают в ответ на формально нетяжелые - условно-патогенные триггеры - события обыденной жизни: очередная конфликтная ситуация на работе, не несущая угрозы увольнения, ссора с соседями, смена места жительства и пр. Накопление среди триггеров при реакциях первого типа, объективно нетяжелых стрессовых событий подтверждается относительно низкими показателями по шкале оценки значимости стрессовых событий Холмса-Рея – средний балл  $146,3 \pm 25,9$ . Вместе с тем выявляется высокая индивидуальная значимость стресса - результаты шкалы субъективной оценки значимости жизненных событий выявили у рассматриваемого

контингента высокие и средние значения по субшкалам «угроза» и «утрата» ( $18,2 \pm 2,3$  и  $13,7 \pm 3,8$  баллов соответственно), сопоставимые с таковыми для тяжелых стрессовых событий [E. Ferguson, et al., 1999].

Анализ личностной predisпозиции выявил преобладание параноидного (42,1%), шизоидного по типу экспансивной шизоидии (26,3%), шизотипического (10,5%) и ананкастного (10,5%) РЛ, имеющими ряд общих конституциональных свойств. Так, пробанды, склонные к реакциям с телесным выражением относятся к носителям сверхценных идей [П.Б. Ганнушкин, 1933] (склонность к формированию сверхценных идей с построением собственных непоколебимых концепций или убеждений в производственной, семейной и других сферах).

В большинстве наблюдений (16 набл., 84,2%) клиническая картина психосоматических реакций первого типа соответствует аффективно-шоковым реакциям. При этом формирование стресс-индуцированных реакций происходит под воздействием стрессоров высокой субъективной значимости, у лиц с личностной структурой, относящихся к носителям сверхценных идей (параноидное, шизоидное, шизотипическое РЛ) и реализуется по механизму «ключевого переживания» [E. Kretschmer, 1930]. Так, характерная для рассматриваемых наблюдений фанатичная приверженность какой-либо идее или концепции в профессиональной/семейной сфере в ситуации возникновения непреодолимых препятствий или противодействия в достижении требуемого результата выступает в качестве «ключевого переживания», запускающего психосоматическую реакцию с быстрой трансформацией кататимного комплекса до уровня соматической катастрофы (ФП).

Среди других общих паттернов, вносящих существенный вклад в формирование клинических проявлений стресс-индуцированных состояний первого типа, необходимо выделить склонность к соматизированным реакциям. Как свидетельствуют анамнестические данные, для рассматриваемой группы пациентов ситуации психоэмоционального стресса – неурядицы на работе, болезнь члена семьи и пр. в большинстве наблюдений (63,2%) сопровождались соматизированными реакциями в том числе с обострением хронических воспалительных заболеваний (пневмония, гайморит, холецистит и пр.).

Возникновение стресс-индуцированных психосоматических реакций первого типа обусловлено не только особой конституциональной почвой, но также определяется соматической предротованностью этой когорты пациентов. Во всех наблюдениях реакций с телесным выражением манифестация ФП происходила на фоне длительно ( $9,9 \pm 5,6$  лет) персистирующей АГ с поражением органов-мишеней и, как следствие, – формированию осложнений заболевания - гемодинамически значимых структурных изменений сердца, являющихся субстратом для манифестации нарушений сердечного ритма, в том числе и стресс-индуцированной ФП.



Манифестация ФП под воздействием психоэмоционального триггера во всех наблюдениях реакций первого типа происходит спустя небольшой (в сравнении со вторым типом стресс-индуцированных реакций, см. ниже) промежуток времени после воздействия стрессового события - от нескольких часов до 7 дней, среднее значение -  $2,1 \pm 1,8$  дней.

В большинстве наблюдений (16 набл., 84,2%) клиническая картина рассматриваемых состояний соответствует аффективно-шоковым реакциям: кататимный комплекс «ключевого переживания» (события, представляющие угрозу личностно значимым проектам, концепциям и др.) в сочетании с тревожно-дисфорическим аффектом, явлениями инсомнии.

В 3 наблюдениях (15,8%) реакции с телесным выражением протекают с преобладанием тревожной симптоматики. На первый план выступают анксиозные проявления - чувство внутреннего напряжения, беспокойства, руминативное мышление, страх за возможное ухудшение социального или трудового статуса, а также субсиндромальные панические атаки, протекающие с интенсивной тревогой, страхом за собственное благополучие и соматовегетативной симптоматикой (повышенная потливость, дрожь в теле, приливы жара, чувство ускоренного сердцебиения).

**2 тип - Реакции тревожные и истеро-депрессивные, завершающиеся соматизацией психопатологических расстройств**, 23 наблюдения: 17 женщин и 6 мужчин, средний возраст  $65,0 \pm 8,6$  лет.

Реакции второго типа во всех случаях возникают в ответ на объективно тяжелый психоэмоциональный триггер («удары судьбы»), кардинально отличающийся от характеристики психогенных воздействий при первом типе реакций, что соотносится с высокими значениями по шкале оценки значимости стрессовых событий Холмса-Рея – средний балл  $272,7 \pm 38,3$  (в сравнении с  $146,3 \pm 25,9$  баллов для реакций с телесным выражением). Высокая личностная значимость перенесенного стресса подтверждается результатами шкалы оценки жизненных событий (средний балл по субшкале «утрата»  $-19,6 \pm 2,8$ , средний балл по субшкале «угроза»  $-18,3 \pm 3,6$  при низких значениях по субшкале «вызов»  $10,3 \pm 1,5$ ).

В ряду конституциональных аномалий, определяющих преморбид пациентов с реакциями второго типа, накапливаются РЛ отличные от конституциональных аномалий при первом типе реакций: тревожно-мнительное (10 наблюдений, 43,6%), истерическое (6 наблюдений, 26%) и шизоидное РЛ с преобладанием сенситивных дименсий (6 наблюдения, 26%). В качестве общих патохарактерологических свойств пробандов выступает тревожность, обостренная чувствительность в сфере межличностных отношений, неуверенность в себе и «негативная возбудимость» - тенденция испытывать отрицательные эмоции.

К конституциональным характеристикам, вносящим наиболее существенный вклад в формирование реакций второго типа, относятся явления реактивной лабильности - склонность к

формированию психогений. Для большинства наблюдений, согласно анамнестическим сведениям, характерна манифестация на протяжении жизни психопатологических расстройств (тревожных, депрессивных) в ответ на психоэмоциональный стресс. При этом накопление у этих пациентов психогений соотносится с достоверно более высокими (по сравнению с первым типом реакций) значениями по фактору «нейротизм» 5-факторного опросника ( $p < 0,05$ ).

Стресс-индуцированные реакции второго типа значительно более длительны. Персистирование психопатологической симптоматики до манифестации ФП занимает от 2-3 недель до полугода (среднее значение -  $31,7 \pm 22,9$  дней, в сравнении с  $2,05 \pm 1,8$  дней при первом типе реакций), что соотносится с данным литературы, согласно которым повышение риска возникновения ФП после стресс-провокации сохраняется до года [S. Graff et al., 2016].

Психосоматические реакции второго типа представлены стресс-провоцированными тревожными (17 наблюдений, 73,9%) и истерическими (6 наблюдений, 26,1%) депрессивными реакциями. Депрессивный денотат в этих наблюдениях отражает содержание стрессового фактора: яркие образные представления (неотвязные воспоминания о произошедшем событии), скорбь по погибшему родственнику, размышления о навсегда потерянном счастье и благополучии и нереализованных планах, представления о фатальности произошедшего. На первый план в клинической картине наряду с гипотимией выступают соматовегетативные проявления, кардионевротические расстройства (чувство учащенного сердцебиения, покалывания в грудной области), нарушения сна и аппетита.

Психопатологические проявления депрессии расширяются за счет анксиозной составляющей: постоянное фоновое беспокойство, волнение, страхи. Для 9 наблюдений (39,1%) характерны тревожные сомнения при необходимости принять какое-либо решения, страх совершения «фатальной ошибки», возникновения повторных трагедий или неудач. На высоте тревоги манифестируют ПА с танатофобией, страхом потери сознания.

Истеродепрессии дебютируют диссоциативными расстройствами (перитравматическая диссоциация). Так, в 6 наблюдениях (26%) в первые часы после воздействия психоэмоционального триггера выявляются признаки диссоциативного (эмоционального) ступора [А.Е. Личко, 1995; Е.И. Воронова, 2015] (скорбное оцепенение [K. Jaspers, 1923]). В 4 наблюдениях (17,4%) клиническая картина истеро-депрессивных реакций включает яркие сновидения с участием погибшего родственника и галлюцинации воображения [E. Dupre, 1914] (ощущение «присутствия» умершего). На первый план в картине депрессии выступает склонность к драматизации своего положения, стремление привлечь внимание к своим страданиям. Среди анксиозных проявлений доминируют истерофобии с беспокойством о будущем, страхом остаться без помощи и материальной поддержки. В ряду конверсионных расстройств выявляются дизестезии - онемение кожи лица и конечностей по типу «носков» и

«перчаток», globus hystericus - чувство «кома, подкатывающего к горлу», а также истероалгии – головные боли по типу обруча или каски и телесные фантазии – чувство «огненного шара, перекатывающегося в груди» и пр.

Таким образом, выявленные варианты психосоматических реакций формируются на различной конституциональной почве под влиянием неоднородной группы психотравмирующих ситуаций. Так, формирование реакций с телесным выражением ассоциировано с субъективно-значимыми психотравмирующими событиями с достоверно более низкой тяжестью стресса по шкале Холмса-Рея и характерно для носителей сверхценных идей (параноидное, шизотипическое РЛ). В свою очередь, второй вариант психосоматических реакций на стресс реализуется преимущественно у личностей тревожно-мнительного, шизоидного и истерического круга с чертами реактивной лабильности при воздействии объективно тяжелого стресса. Наряду с триггерным воздействием психотравмирующих событий и личностным преморбидом, вклад в формирование психосоматических реакций вносит также соматический фактор – манифестация ФП под воздействием стресса происходит на «предуготованной почве» (длительное течение АГ, структурные проаритмогенные изменения миокарда с увеличением размеров левого предсердия).

### **Психофармакотерапия психических расстройств у пациентов с ФП**

Психофармакотерапия наряду с психотерапией и другими видами коррекции психопатологической симптоматики является основным методом лечения психических расстройств у больных ФП.

В настоящем исследовании приводятся материалы, относящиеся к разработке показаний, методике проведения и эффективности лекарственной терапии психических расстройств, основанные на данных применения психотропных средств у 98 больных с ФП<sup>1</sup>.

Выбор психофармакологических препаратов проводился с учетом клинической структуры психопатологического синдрома (тревожно-фобический, депрессивный, доминирование коэнестезиопатий, сверхценных образований и др.). Длительность терапии определялась индивидуально с учетом динамики психопатологической симптоматики, эффективности проводимого лечения, а также течения ФП (нозогенный фактор) и сохранения/повторения психоэмоциональных (стрессовых) воздействий. Средняя длительность курсовой психофармакотерапии, проводимой в кардиологическом отделении и амбулаторно,

---

<sup>1</sup> Из 122 пациентов с ФП и психическими расстройствами на момент обследования нуждались в психофармакотерапии 110 больных (90,2%). Информированное добровольное согласие на проведение психофармакологической терапии было получено в 98 наблюдениях (89%). Отказ от психофармакотерапии был зарегистрирован у пациентов с диссоциативными (3 набл.) и шизотипическими (8 набл.) нозогенными реакциями, а также в 1 наблюдении со стресс-индуцированными реакциями, завершающимися манифестацией ФП.

составила в среднем  $6,4 \pm 3,9$  недели. Оценка безопасности психофармакотерапии у больных ФП предусматривала регистрацию нежелательных явлений на всех этапах лечения. В 11 наблюдениях (11,2%) были зарегистрированы нежелательные эффекты легкой степени тяжести, носившие кратковременный характер, и укладывались в спектры ожидаемых с точки зрения механизмов действия препаратов (тошнота, седация)<sup>2</sup>.

Для оценки эффективности терапии использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI) и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Каждый пациент, получающий терапию, отслеживался в течение 8 недель, оценка ответа на терапию производилась в соответствии с динамикой психопатологической симптоматики на 5, 10, 2, 4, 6 и 8 неделе терапии. В качестве респондеров расценивали больных с более чем 50% снижением баллов по шкале CGI.

В результате оценки ответа на психофармакотерапию клинически гетерогенных нозогенных реакций (тревожных, депрессивных диссоциативных) была выявлена высокая доля респондеров. В свою очередь, ответ на терапию нозогенных реакций при ФП коморбидных шизотипическому РЛ был зарегистрирован лишь в 50% случаев с нозогениями по типу аберрантной ипохондрии и 73,4% наблюдений с тревожно-ипохондрическими реакциями.

По данным динамики среднего суммарного балла по субшкале тревоги шкалы HADS была продемонстрирована эффективность психофармакотерапии тревожных и тревожно-ипохондрических шизотипических нозогений - к 8 неделе терапии в обоих случаях психопатологическая симптоматика подвергалась редукции. Однако скорость ответа на терапию для тревожных нозогенных реакций была значительно выше, чем для тревожно-ипохондрических шизотипических нозогений: снижение среднего балла субшкалы тревоги HADS к 4 неделе лечения с 17 до 13 и с 19 до 17 баллов соответственно ( $p < 0,05$ ).

Разработка методов терапии стресс-индуцированных состояний, завершающихся манифестацией ФП, осуществлялась с учетом выделенных в настоящем исследовании типов реакций, гетерогенных как по клинической картине, так и продолжительности.

Стресс-индуцированные реакции первого типа, (аффективно-шоковые реакции), завершались манифестацией ФП спустя небольшой промежуток времени после воздействия психогенного триггера (от нескольких часов до 6-7 дней) и в большинстве случаев (17 набл., 89,5%) обнаруживали самостоятельную редукцию психопатологической симптоматики уже в первые несколько дней пребывания пациентов в стационаре. В 7 наблюдениях этой группы в течение 1-3 дней применялись препараты, направленные на редукцию тревожного аффекта

---

<sup>2</sup> В 7 набл. отмечались жалобы на тошноту на фоне приема антидепрессантов группы СИОЗС (пароксетин 20-30 мг/сут, эсциталопрам 20 мг/сут), в 3 набл. был выявлен нежелательный седативный эффект феназепам 1 мг/сут (сонливость в дневные часы), в 1 набл. – сонливость на фоне терапии кветиапином 50 мг/сут.

(транквилизаторы): этифоксин 50-150 мг/сут, клоназепам 1-2 мг/сут. В большинстве случаев (8 набл.) выбранный терапевтический подход обнаружил эффективность - клиническое улучшение было отмечено уже на 1 неделе терапии - наблюдалась положительная динамика состояния (полная дезактуализация кататимного комплекса, редукция тревожной симптоматики), что соответствовало «очень значительному» улучшению по шкале CGI (1 балл).

В свою очередь, тревожные и истеродепрессивные стресс-индуцированные реакции (второй тип), реализующиеся клинически завершенными психопатологическими синдромами, длительность течения которых достигала 6 месяцев до манифестации ФП требовали более длительной (в сравнении с первым типом реакций) терапии. В качестве препаратов первого выбора использовались антидепрессанты группы СИОЗС (флувоксамин 50-150 мг/сут). При преобладании в структуре состояния тревожной симптоматики (15 набл.) терапия антидепрессантом проводилась в комбинации с транквилизаторами (этифоксин 50-150 мг/сут, феназепам 0,5-1 мг/сут). В 6 наблюдениях с доминированием в клинической картине стресс-индуцированной реакции конверсионной симптоматики применялись нейролептики, обладающие тропностью к телесным ощущениям (алимемазин 5-10 мг/сут). В результате оценки ответа на терапию стресс-индуцированных реакций второго типа было выявлено, что доля респондеров к 8 неделе терапии составила 83,4% (15 наблюдений): зарегистрировано «очень значительное» (11 набл.) и «значительное» (4 набл.) улучшение состояния по шкале CGI.

## **ВЫВОДЫ**

1. Структура психических расстройств при ФП реализуются преимущественно за счет психогенных (нозогенных) реакций и отличается от других ССЗ (АГ) по распространенности нозогений: тревожные (42,5% vs 34,9%), диссоциативные (11,25% vs 43,4%,  $p < 0,05$ ), депрессивные (8,7% vs 7,3%).
2. Шизотипические реакции, относящиеся к наиболее значимым при ФП нозогениям – по частоте накопления (37,5% в сравнении с АГ- 14,4%,  $p < 0,05$ ) и клиническим характеристикам (утяжеление течения аритмии, дезадаптивное поведение в болезни), подразделяются на два типа: тревожно-ипохондрические (18 набл.) и с явлениями аберрантной ипохондрии (12 набл.).
3. Соотношение траекторий развития РЛ и кардиологического заболевания формируют устойчивые по психосоматической структуре психокардиологические синдромы.

3.1.1. Психокардиологические синдромы дифференцируют на два полярных типа: синдром синергического взаимодействия патохарактерологической патологии и

ССЗ и синдром антагонистических соотношений патохарактерологических аномалий и ССЗ.

3.1.2. Синдром синергического взаимодействия патохарактерологической патологии и ССЗ сопровождается стабилизацией на уровне благоприятного течения ФП.

Конституционально обусловленные психопатологические расстройства (ипохондрическая акцентуация с тревогой о здоровье, повышенной чувствительности к проявлениям соматического неблагополучия) выступают в качестве фактора, создающего условия для раннего выявления и купирования ФП (предупреждение прогрессирующего увеличения ЛП, снижение риска тромбоэмболии и ХСН, контроль АГ).

3.1.3. Синдром антагонистических соотношений патохарактерологических аномалий и ССЗ сопряжен с утяжелением течения ФП.

3.1.3.1. Аномалии конституционального склада (соматотоническая акцентуация с устойчивостью - resilience к соматическому неблагополучию, парадоксальной недооценкой и/или отрицанием тяжести ФП, самостоятельным преодолением симптомов аритмии) обуславливают дезадаптивное поведение (позднее обращение за медицинской помощью, более длительные приступы ФП, плохо контролируемая АГ, прогрессирующее увеличение ЛП, большая вероятность тромбоэмболии и возникновения ХСН).

4. Стресс-индуцированная ФП формируется в рамках психогенных реакций, дифференцированных по механизму манифестации: 1) кататимные, с преимущественным телесным выражением, формирующиеся по механизму «ключевого переживания» 2) тревожные и истеро-депрессивные, завершающиеся соматизацией психопатологических расстройств, формирующиеся по типу реакции горя.

4.1. Кататимные, с преимущественным телесным выражением, стресс-индуцированные реакции - кратковременные (длительностью до манифестации ФП от нескольких часов до 7 дней,  $2,1 \pm 1,8$  дней), формируются у личностей с акцентуацией по типу носителей сверхценный идей (параноидное, шизоидное РЛ) под воздействием субъективно значимых стрессоров.

4.2. Тревожные и истеро-депрессивные, завершающиеся соматизацией психопатологических расстройств (манифестация ФП) - длительные (от 2-3 недель до полугода,  $31,7 \pm 22,9$  дней), формируются у лиц с конституционально обусловленной реактивной лабильностью (тревожно-мнительное, истерическое РЛ) под воздействием объективно тяжелых стрессовых событий («удары судьбы»).

5. Основным методом лечения психических расстройств при ФП является психофармакотерапия, сочетающаяся с психоректорционными мероприятиями, проводимая с учетом профиля кардиологической безопасности, а также типологии нозогений и стресс-индуцированных реакций.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

1. Ведение пациентов с ФП должно включать скрининг психических расстройств (нозогенных реакций) с выявлением случаев дезадаптивного поведения в болезни. Особое внимание необходимо уделять пациентам с личностными аномалиями шизотипического склада, сопровождающимися нарушением комплаенса и приверженности лечению.
2. В практической работе следует выявлять группы риска развития стресс-индуцированной ФП, требующих наблюдения и коррекции кардиотропной терапии.
3. Терапия психических расстройств у больных ФП включает комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, основным из которых является психофармакотерапия. Медикаментозная терапия должна проводиться с учетом соотношения эффективности и безопасности психофармакопрепаратов. Подходы к терапии дифференцируются в соответствии с выделенными в настоящей работе типологическими вариантами психогений, структурой психокардиологического синдрома и клиническими характеристиками состояния (длительность реакции).

Перспективы разработки темы заключаются в проведении дальнейших клинических исследований на контингенте больных с ФП с учетом представленной работе типологией. Разработанная в настоящем исследовании концепция психокардиологических синдромов может быть экстраполирована на модели других кардиологических и соматических заболеваний.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Волель Б.А., Трошина Д.В., Грубова М.В., Малютина А.А. Психические (личностные) расстройства у больных с фибрилляцией предсердий. - **Психические расстройства в общей медицине.** – 2016. – №1-2.- С. 27-36.
2. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Трошина Д.В., Волель Б.А., Сыркина Е.А., Новикова Н.А., Грубова М.В., Малютина А.А. Шизотипические реакции при фибрилляции

предсердий (к проблеме выделения психокардиологических синдромов). - **Психические расстройства в общей медицине.** – 2017. – №3-4. – С. 11-19.

3. Иванов С.В., Волель Б.А., Сыркина Е.А., Терновая Е.С., **Трошина Д.В.**, Рожков А.Н., Грубова М.В., Толкачева М.А., Симонов А.Н. Ретроспективное архивное исследование по оценке безопасности применения современных антидепрессантов в кардиологической практике. - **Терапевтический архив.** – 2017. – Т. 89. – №. 12. – С. 34-42.
4. **Трошина Д.В.**, Волель Б.А., Сыркина Е.А. Стресс-индуцированная фибрилляция предсердий. - **Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова.** – 2019. – №. 1. – С. 4-11.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

АГ – артериальная гипертензия

ЛП – левое предсердие

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПА – паническая атака

РЛ – расстройство личности

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ССЗ – сердечно-сосудистое заболевание

ФП – фибрилляция предсердий

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

ЭХО-КГ - эхокардиография

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

CGI – Clinical Global Impression Severity Scale