

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОЖИДАЮЩИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА

Р.Ю. Шиндриков¹, О.Ю. Щелкова^{2,3}, Е.А. Демченко⁴, Н.Е. Круглова⁵

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

³ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, Россия

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург, Россия

⁵ Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург, Россия

Представлены результаты психологического исследования больных в терминальной стадии хронической сердечной недостаточности, находящихся на лечении в Национальном медицинском исследовательском центре им. В.А. Алмазова (г. Санкт-Петербург). Актуальность исследования определяется недостаточной изученностью психологических особенностей больных в терминальной стадии хронической сердечной недостаточности в период ожидания трансплантации сердца и необходимостью разработки рекомендаций по психосоциальной оценке и психологическому сопровождению этой категории больных в дооперационном периоде. **Материалы и методы.** Исследование выполнялось перед проведением врачебной комиссии по включению пациента в лист ожидания трансплантации сердца. После 6 месяцев лечения в кардиологическом стационаре пациенты были разделены на 2 группы – включенные и сохранившие свои позиции в лист ожидания трансплантации сердца ($n = 55$) и не включенные или исключенные из него ($n = 55$) с целью выделения прогностически значимых психосоциальных характеристик больных. Использованы клинико-психологические, психометрические и статистические методы: структурированное интервью, экспертная анкета для врачей, «Тест-опросник для выявления проблемного употребления алкоголя» (AUDIT), «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, критерий χ^2 Пирсона. **Результаты.** Сравнительный анализ выявил широкий спектр психологических характеристик, различающих группы, среди которых наибольшее значение имеют показатели приверженности лечению и готовность к изменению образа жизни в связи с болезнью и оперативным лечением. Существенное значение в структуре психосоциального потенциала пациентов в период ожидания трансплантации сердца имеют эмоциональная поддержка и отношения вне семьи, адекватная внутренняя картина болезни, оптимистическая оценка перспектив операции и др., а также наличие собственной семьи и несовершеннолетнего ребенка. **Заключение.** Использование полученных результатов в практике позволит усовершенствовать методологию и процедуру комплексной клинической оценки актуального состояния и прогноза больных хронической сердечной недостаточности при проведении комиссии по включению в лист ожидания трансплантации сердца, что имеет чрезвычайно важное (в том числе экономическое) значение для клиники высоких хирургических технологий.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, трансплантация сердца, психосоциальный потенциал, система значимых отношений, приверженность лечению, качество жизни.

Введение

По данным «Естественного движения населения...», в 2016 году смертность по причине болезней системы кровообращения составила около 47,6 % от общей смертности в России¹.

Одно из ведущих мест среди сердечно-сосудистых заболеваний занимает хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая является частым следствием прогрессирования многих кардиологических болезней. Клинический опыт показывает, что на начальных стадиях ХСН поддается медикаментозной терапии, но если речь идет о терминальной стадии патогенеза, единственным методом

¹ Естественное движение населения в разрезе субъектов РФ за январь – декабрь 2016 года (http://www.gks.ru/free_doc/2016/demo/t3_3.xls)

лечения остается трансплантация сердца (ТС). Этот метод имеет высокую клиническую эффективность и хороший прогноз при корректном выборе показаний к оперативному лечению, однако ТС ввиду отсутствия достаточного количества донорских органов, а также высокой стоимости проведения остается труднодоступной. Период ожидания ТС у больных ХСН является длительным и характеризуется неуклонным ухудшением состояния пациента. В то же время исследования показывают, что внешние, особенно микросоциальные, факторы и межличностные отношения способны оптимизировать или, напротив, нивелировать эффективность медицинского вмешательства (Шиндрик с соавт., 2018; Ketterer et al., 2000; Shapiro et al., 2019; Sher, 2019). В силу этого процесс оценки психосоциального потенциала кандидата на ТС перед включением в лист ожидания трансплантации сердца (ЛОТС) является крайне сложным и ответственным. В то же время исследования в этой области немногочисленны, а их результаты часто разнятся. Как показывает мета-анализ данных литературы, большинство исследований хотя и носят проспективный характер, направлены прежде всего на сравнение результатов до и после ТС и не способны оценить прогностическую значимость психологических характеристик пациентов в дооперационном периоде (Kessing et al., 2016).

Таким образом, актуальность исследования социально-психологических и поведенческих характеристик больных ХСН определяется не только недостаточной изученностью психологического функционирования больных в терминальной стадии ХСН в период ожидания ТС, но и практическими задачами разработки рекомендаций по психосоциальной оценке и психологическому сопровождению этой категории больных в дооперационном периоде.

Цель исследования: изучение системы значимых отношений, социальных позиций и поведенческих характеристик больных с терминальной сердечной недостаточностью в период ожидания трансплантации органа и оценка их прогностической значимости для сохранения пациента в ЛОТС.

Гипотеза исследования: среди многообразия психологических и социальных характеристик, измеренных на этапе включения

больных ХСН в ЛОТС, можно выделить наиболее информативные в отношении сохранения пациента в ЛОТС (неисключение его из ЛОТС по немедицинским показателям) в течение 6-месячного периода стационарного лечения.

Задачи исследования: 1) изучение основных социальных позиций (семейный, образовательный, трудовой статус) и характеристик системы значимых отношений больных ХСН, ожидающих ТС; 2) изучение поведенческих характеристик, определяющих приверженность лечению (комплаентность) больных ХСН в период ожидания ТС; 3) изучение основных параметров качества жизни, связанного со здоровьем, больных ХСН в период ожидания ТС; 4) сравнительный анализ изученных социальных и психологических характеристик в группах пациентов, включенных и не включенных (исключенных, выбывших) в ЛОТС после 6 месяцев ожидания ТС.

Организация исследования

Социально-психологические и поведенческие характеристики больных ХСН анализировались в ходе стандартной процедуры подготовки к представлению пациента комиссии по включению в ЛОТС на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

Первый этап представлял собой пилотное исследование психосоциальных характеристик 30 больных ХСН для выявления характеристик, наиболее релевантных задаче определения психосоциального потенциала пациентов, готовящихся к ТС (Шиндрик с соавт., 2017).

На втором этапе проведено эмпирическое исследование социально-психологических и поведенческих характеристик 105 пациентов с ХСН непосредственно перед комиссией по включению в ЛОТС.

На третьем этапе было проведено разделение всей выборки пациентов на две группы: 1) пациенты, включенные (оставшиеся, состоящие) в ЛОТС, спустя 6 месяцев после включения; 2) пациенты, не включенные (выбывшие) в ЛОТС, спустя 6 месяцев после включения; проведен сравнительный математический анализ психодиагностических показателей пациентов двух групп, полученных ранее (перед комиссией по включению в ЛОТС).

Методы исследования

Для реализации цели и задач исследования был использован психодиагностический комплекс, включавший:

1) авторское структурированное интервью, направленное на анализ системы значимых отношений пациента (отношения с ближайшим социальным окружением, отношение к болезни и лечению, самооценка актуального физического и психологического состояния, включая когнитивное функционирование и др.), а также ряд поведенческих характеристик и особенностей образа жизни, отражающих степень приверженности лечению (соблюдение диеты, физическая активность, вредные привычки и др.);

2) экспертную анкету для оценки приверженности лечению кардиологических больных, разработанную М.В. Яковлевой² (2016) и адаптированную авторами для больных ХСН, ожидающих ТС;

3) «Тест-опросник для выявления проблемного употребления алкоголя» (Alcohol Use Disorders Identification Test) (AUDIT), рекомендованный ВОЗ (Allen et al., 1997; Трусова с соавт., 2012);

4) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) («SF-36 Health Status Survey») (Вассерман с соавт., 2011; Ware et al., 1993).

Математико-статистическая обработка данных производилась с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA (для количественных признаков) в независимых выборках, а также критерия χ^2 Пирсона (для номинальных признаков). Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 20.0.

Материал исследования составили клинические, социально-демографические, социально-психологические и поведенческие характеристики 105 больных ХСН, нуждающихся в ТС и находящихся на лечении в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова». Критерии включения: ХСН на застойной стадии патогенеза, рекомендованный метод лечения – ТС. Критерии исключения: возраст до 18 лет, диагноз

«острое нарушение мозгового кровоснабжения», диагностированные психические расстройства, постоянная или продолжительная медикаментозная терапия с помощью наркотических препаратов, алкогольная или наркотическая зависимость.

В соответствии с задачами исследования все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты, оставшиеся в ЛОТС по истечении 6 месяцев ожидания ТС (55 человек); 2-я группа – пациенты, не внесенные в ЛОТС или исключенные из него в течение 6 месяцев – 50 человек.

Социально-демографические характеристики

В обеих группах преобладали пациенты старшего возраста; средний возраст ($M \pm m$) пациентов первой группы (в ЛОТС) составил $50,78 \pm 1,27$ года и оказался несколько меньше соответствующего показателя пациентов второй группы (не в ЛОТС), который составил $53,18 \pm 1,31$ года, однако различия по этому показателю между группами не значимы.

В обеих группах преобладали лица мужского пола (81,8 и 92,0 %), что соответствует генеральной совокупности согласно статистике ВОЗ по заболеваемости ХСН; различия между группами по этому показателю не значимы.

Также не выявлено статистически значимых различий между сопоставляемыми группами по следующим социально-демографическим характеристикам: место постоянного проживания (Санкт-Петербург, другой город, пригород, сельская местность); трудовая занятость (примерно половина пациентов в каждой группе на момент госпитализации имели постоянное место работы – 50,9 и 52,0 %; не работали соответственно 49,1 и 48,0 %); характер трудовой деятельности (в каждой группе существенный процент составили лица, занимающиеся физическим трудом, – 47,3 и 38,0 %, интеллектуальной деятельностью – 18,2 и 32,0 %, меньший процент лиц имели коммуникативные профессии – 16,4 и 18,0 %, или занимали руководящие посты – 18,2 % и 12,0 %).

В табл. 1 приведены социально-демографические характеристики, по которым получены статистически значимые различия между сравниваемыми группами больных ХСН: пациенты, состоящие в ЛОТС ($n = 55$) и не состоящие в ЛОТС ($n = 50$) после 6 месяцев лечения в кардиологическом стационаре.

² Яковлева М.В. Психологические факторы приверженности лечению больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04, СПб.: СПбГУ, 2016. – 214 с.

Таблица 1
Table 1

Социально-демографические характеристики больных ХСН, состоящих и не состоящих в ЛОТС
Socio-demographic features of patients with CHF included and not included into HTWL

| Социально-демографические характеристики Socio-demographic features | Группа 1 (в ЛОТС) Group 1 (into HTWL) | | Группа 2 (не в ЛОТС) Group 2 (not into HTWL) | | Вся группа Total | |
|---|--|------|---|------|---------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| <i>Образование / Education</i> | | | | | | |
| Среднее специальное Secondary professional education | 8 | 14,5 | 18 | 36,0 | 26 | 24,8 |
| Неоконченное высшее University not completed | 9 | 16,4 | 0 | 0 | 9 | 8,6 |
| Высшее Higher education | 37 | 67,3 | 32 | 64,0 | 69 | 65,7 |
| Ученая степень Academic degree | 1 | 1,8 | 0 | 0 | 1 | 1,0 |
| $\chi^2 = 14,00 \quad p < 0,01$ | | | | | | |
| <i>Семейное положение / Marital status</i> | | | | | | |
| Не состоит в браке / Not married | 2 | 3,6 | 7 | 14,0 | 9 | 8,6 |
| Состоит в браке / Married | 50 | 90,9 | 43 | 86,0 | 93 | 88,6 |
| Разведен / Divorced | 3 | 5,5 | 0 | 0 | 3 | 2,9 |
| $\chi^2 = 6,08 \quad p < 0,05$ | | | | | | |
| <i>Проживает / Residence</i> | | | | | | |
| Один / Alone | 3 | 5,5 | 0 | 0 | 3 | 2,9 |
| В семье родителей, других родственников With parents or other relatives | 2 | 3,6 | 7 | 14,0 | 9 | 8,6 |
| В собственной семье (супруг/а и/или дети) With one's own family (husband/wife, children) | 50 | 90,9 | 43 | 86,0 | 93 | 88,6 |
| $\chi^2 = 6,08 \quad p < 0,05$ | | | | | | |
| <i>Количество детей / Children</i> | | | | | | |
| Нет / No | 8 | 14,5 | 8 | 16,0 | 16 | 15,2 |
| 1 ребенок / 1 child | 30 | 54,5 | 12 | 24,0 | 42 | 40,0 |
| 2 ребенка / 2 children | 16 | 29,1 | 29 | 58,0 | 45 | 42,9 |
| 3 ребенка / 3 children | 1 | 1,8 | 1 | 2,0 | 2 | 1,9 |
| $\chi^2 = 11,26 \quad p = 0,01$ | | | | | | |
| <i>Количество несовершеннолетних детей / Children under 18</i> | | | | | | |
| Нет / No | 36 | 65,5 | 40 | 80,0 | 76 | 72,4 |
| 1 ребенок / 1 child | 17 | 30,9 | 6 | 12,0 | 23 | 21,9 |
| 2 ребенка / 2 children | 2 | 3,6 | 4 | 8,0 | 6 | 5,7 |
| $\chi^2 = 5,91 \quad p = 0,05$ | | | | | | |

Таким образом, на основании данных, представленных в табл. 1, можно сделать заключение о том, что в группе больных, состоящих в ЛОТС после 6 месяцев ожидания операции, по сравнению с группой пациентов, не включенных или выбывших из ЛОТС, значительно чаще встречаются: высокий уровень образования (неоконченное или завершённое высшее образование составляет в сравниваемых группах 83,7 и 64,0 %, соответственно); наличие собственной семьи и проживание в ней (не в семье родителей); наличие одного несовершеннолетнего ребенка.

Клинические характеристики

Выборку исследования составили 105 пациентов с терминальной ХСН, направленные на комиссию по трансплантации сердца. Подавляющее большинство пациентов в каждой группе на момент исследования имели стадию 2б ХСН: 96,4 % пациентов первой группы (состоящие в ЛОТС) и 98,0 % пациентов второй группы (не состоящие в ЛОТС). У всех пациентов отмечалось выраженное нарушение гемодинамики как минимум в одном из кругов кровообращения. Статистически значимые различия между сравниваемыми группами

пациентов получены по показателю «частота встречаемости отдельных функциональных классов ХСН» (группа ЛОТС: ФК-2 – 3,6 %, ФК-3 – 65,5 %, ФК-4 – 30,9 %; группа не в ЛОТС: ФК-2 – 6,0 %, ФК-3 – 86,0 %, ФК-4 – 8,0 %; $\chi^2 = 8,65$, $p = 0,01$).

Анализ распределения больных ХСН по этиологическому принципу показал, что у большинства пациентов обеих групп ХСН являлась следствием ишемической болезни сердца (69,1 % и 66,0 %); остальные респонденты имели основной и первичный диагноз – дилатационная кардиомиопатия (30,9 и 34,0 %). Среднее количество инфарктов миокарда в анамнезе пациентов двух групп оказалось практически равным и составило в среднем $1,27 \pm 0,08$ (в ЛОТС) и $1,30 \pm 0,08$ (не в ЛОТС).

Изучение медицинской документации позволило выявить несколько наиболее часто встречающихся сопутствующих заболеваний у пациентов с ХСН, составивших группы сравнения. Сахарный диабет второго типа имели 50,9 % пациентов первой группы (в ЛОТС) и 44,0 % пациентов второй группы (не в ЛОТС); гипертоническую болезнь третьей стадии – 70,9 и 68,0 % соответственно.

Таким образом, изученные клинические характеристики отражают тяжелое соматическое состояние пациентов двух групп. Все участники исследования имели ХСН не ниже 2-й стадии и высокий ФК, у большинства пациентов основной диагноз осложнен коморбидностью, у большинства пациентов ХСН является следствием прогрессирования тяжелой ИБС.

В целом группы сравнения (в ЛОТС и не в ЛОТС) оказались сопоставимыми как по социально-демографическим, так и по клиническим характеристикам.

Результаты исследования

С помощью клинико-психологического метода (структурированного интервью и экспертной анкеты для врачей) были изучены основные характеристики системы значимых отношений, включая отношение к болезни и лечению, и поведения больных ХСН в период ожидания трансплантации органа.

Математико-статистический анализ не выявил достоверных различий между сопоставляемыми группами больных ХСН (в ЛОТС $n = 55$ и не в ЛОТС $n = 50$) по характеру семейных отношений (хорошие взаимоотношения в семье отмечают 96,4 и 100 % семей соот-

ветственно) и компонентам внутренней картины болезни: половина больных в каждой группе считают основной причиной своего кардиологического заболевания эмоциональное перенапряжение, значительная часть больных в каждой группе (34,5 и 46,0 %) в качестве такой причины выделяют неправильный образ жизни, вредные привычки; 100 % в каждой группе считают, что имеют ясное представление о ТС; 65,5 и 50,0 % больных относятся к ТС как к вынужденной необходимости. Не получено статистически значимых различий по частоте встречаемости лиц, куривших в прошлом (72,7 и 70,0 %), а также курящих в настоящее время (14,5 и 18,0 %).

В табл. 2 приведены социально-психологические и поведенческие характеристики, по которым получены статистически значимые различия между сравниваемыми группами больных ХСН.

На основании данных, представленных в табл. 2, можно сделать заключение о том, что в группе больных, состоящих в ЛОТС после 6 месяцев ожидания операции, по сравнению с группой пациентов, выбывших из ЛОТС, значительно чаще встречаются и могут рассматриваться как благоприятные психосоциальные прогностические признаки следующие характеристики: эмоциональная поддержка и теплые отношения с близким социальным окружением вне семьи; активная вовлеченность в социальную жизнь; оптимистическая оценка вероятности проведения ТС, полное исключение употребления алкоголя, строгое соблюдение диеты.

Особо следует выделить высоко статистически значимые различия между частотой встречаемости положительных экспертных (врачебных) оценок приверженности пациентов рекомендованному лечению и образу жизни в двух сравниваемых группах: в группе пациентов, состоящих в ЛОТС, такая оценка («привержен») встретилась почти в 91 % случаев, в группе пациентов, не состоящих в ЛОТС, – в 24 % случаев. Выявлены также высоко статистически значимые различия ($p < 0,001$) общего балла комплаентности, полученного путем суммирования баллов по каждому пункту экспертной анкеты, который преобладал в группе больных, состоящих в ЛОТС ($13,40 \pm 0,28$), по сравнению с группой больных, не состоящих в ЛОТС ($9,48 \pm 2,70$).

Таблица 2
Table 2

Социально-психологические и поведенческие характеристики больных ХСН, состоящих и не состоящих в ЛОТС
Socio-psychological and behavioral features of patients with CHF included and not included into HTWL

| Социально-психологические и поведенческие характеристики Socio-psychological and behavioral features | Группа 1 (в ЛОТС) Group 1 (into HTWL) | | Группа 2 (не в ЛОТС) Group 2 (not into HTWL) | | Вся группа Total | |
|---|--|-------|---|-------|---------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| <i>Эмоциональная поддержка вне семьи, отношения с близким социальным окружением</i> <i>Emotional support outside the family, relationships with close social environment</i> | | | | | | |
| Теплые отношения Warm relationships | 30 | 54,5 | 18 | 36,0 | 48 | 45,7 |
| Нейтральные отношения Neutral relationships | 25 | 45,5 | 32 | 64,0 | 57 | 54,3 |
| $\chi^2 = 3,63 \quad p = 0,05$ | | | | | | |
| <i>Актуальная жизненная ситуация / Current life situation</i> | | | | | | |
| Благополучная жизненная ситуация Favorable life situation | 51 | 92,7 | 50 | 100,0 | 101 | 96,2 |
| Ситуация острого стресса или психотравмы Acute stress or psychological trauma | 4 | 7,3 | 0 | 0 | 4 | 3,8 |
| Затяжная психотравмирующая ситуация Prolonged traumatic situation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| $\chi^2 = 3,78 \quad p = 0,05$ | | | | | | |
| <i>Социальная активность / Social activity</i> | | | | | | |
| Активно вовлечен в жизнь семьи, общества Actively involved in family and social life | 29 | 52,7 | 23 | 46,0 | 52 | 49,5 |
| Участствует в жизни семьи, общества Participate in family and social life | 19 | 34,5 | 27 | 54,0 | 46 | 43,8 |
| Не участвует в жизни семьи, общества Not participate in family and social life | 7 | 12,7 | 0 | 0 | 7 | 6,7 |
| $\chi^2 = 8,87 \quad p = 0,01$ | | | | | | |
| <i>Оценка пациентом вероятности проведения ТС / Patient's assessment of transplantation prospects</i> | | | | | | |
| Оптимистическая /Optimistic | 11 | 20,0 | 4 | 8,0 | 15 | 14,3 |
| Нейтральная / Neutral | 37 | 67,3 | 45 | 90,0 | 82 | 78,1 |
| Пессимистическая / Pessimistic | 7 | 12,7 | 1 | 2,0 | 8 | 7,6 |
| $\chi^2 = 8,33 \quad p = 0,01$ | | | | | | |
| <i>Употребление алкоголя / Alcohol consumption</i> | | | | | | |
| Употребляет умеренно Moderate | 1 | 1,8 | 10 | 20,0 | 11 | 10,5 |
| Не употребляет Abstain from alcohol | 54 | 98,2 | 40 | 80,0 | 94 | 89,5 |
| $\chi^2 = 9,23 \quad p < 0,01$ | | | | | | |
| <i>Соблюдение диеты / Diet</i> | | | | | | |
| Соблюдает полностью Completely follow | 55 | 100,0 | 45 | 90,0 | 100 | 95,2 |
| Соблюдает частично Partially follow | 0 | 0 | 5 | 10,0 | 5 | 4,8 |
| $\chi^2 = 5,78 \quad p = 0,01$ | | | | | | |
| <i>Физическая активность / Physical activity</i> | | | | | | |
| Нет /No | 23 | 41,8 | 6 | 12,0 | 29 | 27,6 |
| Есть /Yes | 32 | 58,2 | 44 | 88,0 | 76 | 72,4 |
| $\chi^2 = 11,65 \quad p = 0,001$ | | | | | | |
| <i>Приверженность лечению (экспертная оценка) / Adherence for treatment (expert assessment)</i> | | | | | | |
| Привержен / Yes | 50 | 90,9 | 12 | 24,0 | 62 | 59,0 |
| Не привержен / No | 5 | 9,1 | 38 | 76,0 | 43 | 41,0 |
| $\chi^2 = 48,49 \quad p < 0,001$ | | | | | | |

Прямое отношение к приверженности лечению и реабилитации до и после ТС имеет употребление алкоголя. Различия между группами по этому параметру выявлены не только с помощью клинико-психологического интервью (см. табл. 2), но и психометрическим путем: получены высоко статистически значимые различия ($p < 0,001$) количественных показателей риска проблемного употребления алкоголя (методика AUDIT): в группе больных, состоящих в ЛОТС, этот показатель составил $2,20 \pm 0,19$ балла, в группе больных, не состоящих в ЛОТС, – $7,06 \pm 0,84$ балла.

В то же время необходимо отметить результаты статистического анализа, показывающие, что в группе больных, включенных в ЛОТС, по сравнению с группой больных, не включенных в ЛОТС, чаще встречаются социально-психологические и поведенческие характеристики, благоприятное прогностическое значение не является ожидаемым или очевидным. К таким результатам относится

большая частота встречаемости в группе пациентов, состоящих в ЛОТС, острого стресса или психотравмы (7,3 и 0 %, соответственно), неучастия в жизни семьи, общества (12,7 и 0 %), пессимистической оценки вероятности проведения ТС (12,7 и 2,0 %), низкой физической активности, по оценке пациента (41,8 и 12,0 %). Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированной и индивидуализированной оценки психосоциального потенциала больных ХСН при постановке в ЛОТС.

В дальнейшем с помощью «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36) был проведен сравнительный анализ основных показателей качества жизни, связанного со здоровьем, полученных в двух группах больных. Результаты статистического анализа представлены в табл. 3.

Результаты сравнительного анализа «профилей» качества жизни в условиях ХСН свидетельствуют о том, что в целом болезнь накладывает меньшие ограничения на жизнен-

Таблица 3
Table 3

Показатели качества жизни, связанного с общим статусом здоровья, больных ХСН, состоящих и не состоящих в ЛОТС ($M \pm m$)
Indicators of life quality and general health status in patients with CHF included and not included into HTWL ($M \pm m$)

| Шкалы «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36) Short Form-36 Health Survey | Группа 1 (в ЛОТС) Group 1 (into HTWL) n=55 | Группа 2 (не в ЛОТС) Group 2 (not into HTWL) n=50 | Уровень достоверности различий Significance level |
|--|--|---|--|
| Общее здоровье(GH) General Health | 43,31 ± 2,47 | 38,24 ± 3,11 | |
| Физическая активность (PF) Physical Functioning | 37,18 ± 2,62 | 36,20 ± 2,49 | |
| Роль физических проблем (RP) Physical Role Functioning | 17,89 ± 4,19 | 7,50 ± 2,70 | $p < 0,05$ |
| Роль эмоциональных проблем (RE) Emotional Role Functioning | 26,69 ± 4,22 | 18,80 ± 4,50 | |
| Социальная активность (SF) Social Role Functioning | 44,65 ± 2,30 | 34,56 ± 2,67 | $p < 0,01$ |
| Боль (BP) Bodily Pain | 46,00 ± 3,29 | 53,50 ± 3,33 | |
| Жизненная активность (VT) Vitality | 46,87 ± 2,54 | 39,40 ± 2,41 | |
| Психическое здоровье (MH) Mental Health | 62,62 ± 2,59 | 69,28 ± 2,30 | $p = 0,05$ |

Примечание. В методике SF-36 большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам качества жизни. Например, высокие оценки по шкале «Боль», означают то, что болевой синдром лишь незначительно ограничивает жизнедеятельность и социальное поведение больных. Максимальная оценка по всем шкалам – 100.

Note: in the SF-36 methodology, large values correspond to the best quality of life. For example, high marks on the "Pain" scale mean that the pain syndrome only slightly limits the vital activity and social behavior of patients. The maximum score is 100.

ное функционирование пациентов, состоящих в ЛОТС после 6 месяцев госпитализации, по сравнению с пациентами, не состоящими в ЛОТС: 6 из 8 шкальных оценок преобладают в первой группе пациентов.

В обеих группах больных показатели физической активности являются наименьшими среди всех изученных параметров качества жизни. Показатели психического функционирования, напротив, являются наиболее высокими в каждой из сравниваемых групп, однако больные ХСН, состоящие в ЛОТС, меньше удовлетворены состоянием своих психических функций и настроения, чем больные, не состоящие в ЛОТС (что, однако, может быть связано с их большей критичностью).

Наряду с этим в группе пациентов, состоящих в ЛОТС, выявлено статистически значимое преобладание показателей качества жизни, отражающих большую удовлетворенность и меньшее влияние ХСН на физическую и социальную активность по сравнению с группой пациентов, не состоящих в ЛОТС.

Заключение

Настоящее исследование посвящено изучению социально-психологических и поведенческих характеристик больных, находящихся в терминальной стадии хронической сердечной недостаточности, с целью выявления тех характеристик, которые могли составить психосоциальный потенциал больного, способствующий его правильному терапевтическому поведению (а значит, и клинической динамике) в период ожидания трансплантации сердца, в послеоперационном и реабилитационном периодах. Изучен широкий спектр социальных и психологических характеристик 105 больных ХСН, которые по совокупности медико-биологических, клинических и психосоциальных показателей экспертной комиссией были отобраны и оставлены или, напротив, не включены или впоследствии исключены из числа кандидатов на проведение высокотехнологичной операции по трансплантации сердца.

Сравнительный анализ социально-психологических и поведенческих характеристик пациентов двух групп позволил выделить ряд факторов, имеющих прогностически благоприятное и неблагоприятное значение в отношении принятия врачебного решения о возможности/необходимости трансплантации сердца конкретному пациенту после полуго-

дового пребывания в кардиологическом стационаре. Как ожидалось, среди характеристик пациентов, полученных клинико-психологическим и психометрическим путем, особое значение имеют показатели приверженности лечению, понимаемому не только как лекарственный комплаенс, но и как готовность пациента к сотрудничеству с врачом, к релевантному изменению поведения и образа жизни. Существенное значение имеет актуальная жизненная ситуация больного, межличностные отношения, эмоциональная поддержка со стороны близких, а также адекватная «внутренняя картина болезни» и оптимистическая оценка перспективы, связанной с операцией. Оценка («взвешивание») прогностической информативности каждого из этих показателей требует специального изучения, однако уже на этом этапе исследования ясно, что совокупность этих психологических характеристик во многом определяет успешность лечения.

Для практического применения полученных результатов в работе клинических психологов, участвующих в отборе и сопровождении пациентов, ожидающих трансплантацию сердца, оценке его пре- и реабилитационного потенциала важно учесть индивидуальное своеобразие личности и ситуации конкретного больного. Об этом свидетельствует ряд результатов настоящего исследования, показывающих, что в отдельных случаях позитивное значение (включение и сохранение пациента в ЛОТС) могут иметь характеристики, имеющие отрицательную коннотацию с благоприятным прогнозом. К таким характеристикам, в частности, относится меньшая удовлетворенность своим психическим (психомоторным, когнитивным, эмоциональным) функционированием, а также большая частота встречаемости психотравмирующих ситуаций в группе больных ХСН, состоящих в ЛОТС, по сравнению с больными, не включенными или исключенными из ЛОТС.

В целом полученные в ходе исследования результаты соответствуют биопсихосоциальной парадигме изучения сердечно-сосудистых заболеваний и подтверждают тезис о необходимости изучения психосоциального потенциала пациентов и факторов прогноза пре- и послеоперационного поведения пациентов, ожидающих трансплантацию сердца (Щелкова с соавт., 2018). Изучение психологических, социальных, поведенческих характеристик пациентов позво-

лит усовершенствовать методологию и процедуру комплексной клинической оценки актуального состояния и прогноза больных ХСН при проведении комиссии по включению в ЛОТС, что имеет чрезвычайно важное (в т.ч. экономическое) значение для клиники высоких хирургических технологий.

Исследование проводится при поддержке РФФИ (№ 18-013-00689 А).

Литература

1. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.

2. Трусова, А.В. Применение наркологического консультирования и краткой психокоррекционной интервенции в комплексной профилактике зависимости от алкоголя в работе бригад первичного звена амбулаторной стационарной медицинской помощи. Методические рекомендации / А.В. Трусова, Е.М. Крутицкий. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2012. – 20 с.

3. Шиндриков, Р.Ю. Психологические характеристики больных хронической сердечной недостаточностью в период ожидания трансплантации сердца / Р.Ю. Шиндриков, О.Ю. Щелкова, А.А. Великанов и др. // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – 2017. – Т. 24, № 2. – С. 59–65. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-2-59-65.

4. Шиндриков, Р.Ю. Методология и опыт изучения динамики психологических характеристик пациентов с хронической сердечной недостаточностью в период ожидания трансплантации сердца / Р.Ю. Шиндриков, О.Ю. Щелкова, Е.А. Демченко // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2018. – Вып. 5. – С. 294–299. –

URL: http://humjournal.rzgmu.ru/page&id=38&page_parent=1.

5. Щелкова, О.Ю. Методология разработки системной модели прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях / О.Ю. Щелкова, Д.А. Еремина, М.В. Яковлева и др. // Вестник СПбГУ. Психология и педагогика. – 2018. – Т. 8, Вып. 3. – С. 271–292. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2018.305.

6. Allen, J.P. A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). / J.P. Allen, R.Z. Litten, J.B. Fertig, T. Babor // *Alcoholism: clinical and experimental research*. – 1997. – № 21(4). – P. 613–619. DOI: 10.1111/j.1530-0277.1997.tb03811.x.

7. Kessing D. Psychological determinants of heart failure self-care: systematic review and meta-analysis / D. Kessing, J. Denollet, J. Widdershoven, N. Kupper // *Psychosom. Med.* – 2016. – Vol. 78 (4). – P. 412–431. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000270.

8. Ketterer, M.W. Psychological factors affecting a medical condition: ischemic coronary heart disease / M.W. Ketterer, G. Mahr, A.D. Goldberg // *Journal of psychosomatic research*. – 2000. – Vol. 48. – № 4–5. – P. 357–367.

9. Shapiro, P.A. Post-transplant psychosocial and mental health care of the cardiac recipient / P.A. Shapiro, L.F. Pereira, K.E. Taylor, I. Wiener // *Psychosocial care of end-stage organ disease and transplant patients*. Springer, Cham, 2019. – P. 237–244. DOI: 10.1007/978-3-319-94914-7_21/

10. Sher, Y. Mental health in chronic and end-stage heart disease // *Psychosocial care of end-stage organ disease and transplant patients*. Springer, Cham, 2019. – P. 205–214. DOI: 10.1007/978-3-319-94914-7_17

11. Ware, J.E. SF-36: health survey manual and interpretation guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993. – 11 p.

Шиндриков Роман Юрьевич, ассистент кафедры общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), shindrikov@list.ru, ORCID 0000-0003-2942-9217

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, профессор, и.о. зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет; старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), olga.psy.pu@mail.ru, ORCID 0000-0001-9444-4742

Демченко Елена Алексеевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова (Санкт-Петербург), elenademchenko2006@rambler.ru, ORCID 0000-0002-7173-0575

Круглова Надежда Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург), nadyahabarova@yandex.ru, ORCID 0000-0002-0733-1641

Поступила в редакцию 29 октября 2019 г.

DOI: 10.14529/jpps190405

SOCIO-PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AWAITING HEART TRANSPLANTATION

R.Yu. Shindrikov¹, shindrikov@list.ru, ORCID 0000-0003-2942-9217

O.Yu. Shchelkova^{2,3}, olga.psy.pu@mail.ru, ORCID 0000-0001-9444-4742

E.A. Demchenko⁴, elenademchenko2006@rambler.ru, ORCID 0000-0002-7173-0575

N.E. Kruglova⁵, nadyahabarova@yandex.ru, ORCID 0000-0002-0733-1641

¹ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation

² Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation

³ Bekhterev National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology,
Saint Petersburg, Russian Federation

⁴ Almazov National Medical Research Centre, Saint Petersburg, Russian Federation

⁵ Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russian Federation

Aim. The article presents the results of psychological investigations of patients in the terminal stage of chronic heart failure ($n = 105$, average age 51.9 ± 0.9 years, males – 86.7 %) undergoing medical treatment at the Almazov National Medical Research Centre (St. Petersburg). The investigations were carried out before the medical commission for inclusion of patients into the waiting list for heart transplantation (HTWL). **Materials and methods.** After 6 months of treatment in a cardiology hospital, the patients were divided into 2 groups – the patients included in and retained their positions in the HTWL ($n = 55$) and the patients not included in or excluded from the HTWL ($n = 55$). That was done in order to identify the prognostically significant psychosocial characteristics of patients. Clinical, psychological and psychometric methods were used such as a structured interview, expert questionnaire for doctors, the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), the Short Form-36 (SF-36). **Results.** Comparative analysis reveals a wide range of psychological characteristics, among which the indicators of adherence for treatment and willingness to change lifestyle have the greatest importance. Emotional support and relationships outside the family, an adequate understanding of the disease, an optimistic assessment of the outcome of surgery treatment, etc., as well as the presence of one's own family and minor children are essential in the structure of the psychosocial potential of patients during preparation for HT. **Conclusion.** Using the obtained results will improve the methodology and procedure for a comprehensive clinical assessment of patients with chronic heart failure before inclusion into the waiting list for heart transplantation, which is extremely important for advanced surgical technologies.

Keywords: chronic heart failure, heart transplantation, psychosocial potential, system of significant relationships, adherence to treatment, quality of life.

Acknowledgements

The project is being implemented with the support of the Russian Foundation for Basic Research (№ 18-013-00689a).

References

1. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike* [Psychological diagnosis and correction in somatic clinic]. St. Petersburg, Rech', 2011, 271 p. (in Russ.).
2. Trusova A.V., Krupitskiy E.M. *Primenenie narkologicheskogo konsul'tirovaniya i kratkoy psikhokorrektsionnoy interventsii v kompleksnoy profilaktike zavisimosti ot alkogolya v rabote brigad pervichnogo zvena ambulatornoy statsionarnoy meditsinskoy pomoshchi* [Application of drug counselling and brief psychological correction intervention in comprehensive prevention of alcohol dependence in the work of primary teams of outpatient inpatient medical care]. St. Petersburg, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2012, 20 p. (in Russ.).
3. Shindrikov R.Yu., Shchelkova O.Yu., Velikanov A.A., Demchenko E.A., Tishkova V.M. [Psychological characteristics in patients with chronic heart failure waiting for heart transplantation]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akad. I.P. Pavlova* [The Scientific Notes of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University], 2017, vol. 24, no. 2, pp. 59–65. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-2-59-65. (in Russ.).
4. Shindrikov R.Yu., Shchelkova O.Yu., Demchenko E.A. [Methodology and experience of studying the dynamics of psychological characteristics of patients with chronic heart failure during waiting for heart transplantation]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development], 2018, is. S, pp. 294–299. URL: http://humjournal.rzgm.ru/page&id=38&page_parent=1. (in Russ.).
5. Shchelkova O.Yu., Eremina D.A., Yakovleva M.V., Shindrikov R.Yu., Kruglova N.E. [Methodology for the development of the system model of prognosis for cardiovascular diseases]. *Vestnik SPbGU. Psikhologiya i pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology], 2018, vol. 8, issue 3, pp. 271–292. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2018.305. (in Russ.).
6. Allen J.P., Litten R.Z., Fertig J.B., Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clin Exp Res.*, 1997, no. 21 (4), pp. 613–619. DOI:10.1111/j.1530-0277.1997.tb03811.x.
7. Kessing D., Denollet J., Widdershoven J., Kupper N. Psychological determinants of heart failure self-care: systematic review and meta-analysis. *Psychosom. Med.*, 2016, vol. 78 (4), pp. 412–431. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000270.
8. Ketterer M.W., Mahr G., Goldberg A.D. Psychological factors affecting a medical condition: ischemic coronary heart disease. *Journal of psychosomatic research*, 2000, vol. 48, no. 4–5, pp. 357–367.
9. Shapiro P.A., Pereira L.F., Taylor K.E., Wiener I. Post-transplant psychosocial and mental health care of the cardiac recipient. *Psychosocial care of end-stage organ disease and transplant patients*. Springer, Cham, 2019, pp. 237–244. DOI: 10.1007/978-3-319-94914-7_21
10. Sher Y. Mental health in chronic and end-stage heart disease. *Psychosocial care of end-stage organ disease and transplant patients*. Springer, Cham, 2019, pp. 205–214. DOI: 10.1007/978-3-319-94914-7_17
11. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36: health survey manual and interpretation guide, Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993, 11 p.

Received 29 October 2019

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Социально-психологические и поведенческие характеристики пациентов с хронической сердечной недостаточностью, ожидающих трансплантацию сердца / Р.Ю. Шиндрик, О.Ю. Щелкова, Е.А. Демченко, Н.Е. Круглова // Психология. Психофизиология. – 2019. – Т. 12, № 4. – С. 44–54. DOI: 10.14529/jpps190405

FOR CITATION

Shindrikov R.Yu., Shchelkova O.Yu., Demchenko E.A., Kruglova N.E. Socio-Psychological and Behavioral Characteristics of Patients with Chronic Heart Failure Awaiting Heart Transplantation. *Psychology. Psychophysiology*. 2019, vol. 12, no. 4, pp. 44–54. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps190405