
РАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

М.С. Артемьева, М.Р. Александрова,
И.И. Юровская

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Кафедра госпитальной терапии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В статье приведен клинический случай возникновения кардиофобии и панических атак в отдаленном послеоперационном периоде у пациентки, перенесшей операцию радиочастотной абляции (РЧА) по поводу пароксизмальной АВ-реципрокной тахикардии.

Ключевые слова: пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия, операция радиочастотной абляции, кардиофобии, панические атаки, миртазапин, афобазол, сульпирид.

Пароксизмальная реципрокная атриовентрикулярная узловая тахикардия — наиболее частая форма наджелудочковой тахикардии. Чаще пароксизмальная реципрокная атриовентрикулярная узловая тахикардия развивается у женщин (преимущественно у молодых), чем у мужчин [5].

В основе появления пароксизмальной реципрокной атриовентрикулярной узловой тахикардии лежит продольная диссоциация атриовентрикулярного узла с формированием двух проводящих путей — быстрого и медленного с различными рефрактерными периодами.

Во время синусового ритма импульс от предсердий проводится к пучку Гиса по быстрому пути. При возникновении предсердной экстрасистолы быстрый путь находится в состоянии рефрактерности, импульс проводится по медленному пути. В результате происходит внезапное удлинение интервала P—R на электрокардиограмме. В дальнейшем импульс возвращается по быстрому пути, замыкая петлю re-entry и инициируя пароксизм типичной пароксизмальной реципрокной атриовентрикулярной узловой тахикардии [1].

Помимо типичной («slow-fast»), иногда может развиваться и атипичная («fast-slow») пароксизмальная реципрокная атриовентрикулярная узловая тахикардия [5] (рис. 1).

Эти тахикардии развиваются у больных с органическими поражениями сердца — ИБС, пороками сердца, миокардитами, пролапсом митрального клапана. В этих случаях возникает возможность re-entry в пределах АВ узла. Довольно часто АВ тахикардия возникает у людей без явных заболеваний сердца в силу того, что существующая физиологическая диссоциация проведения в АВ узле может создать условия для циркуляции возбуждения [4]. Нередко причиной пароксизмальных узловых тахикардий является наличие дополнительных предсердно-желудочковых путей.

Возникновение пароксизмов тахикардии определяется состоянием нейровегетативной и эндокринной системы. Провоцируют приступы психоэмоциональные и физические нагрузки, употребление кофе, алкоголя, курение, метеорологические факторы [3].

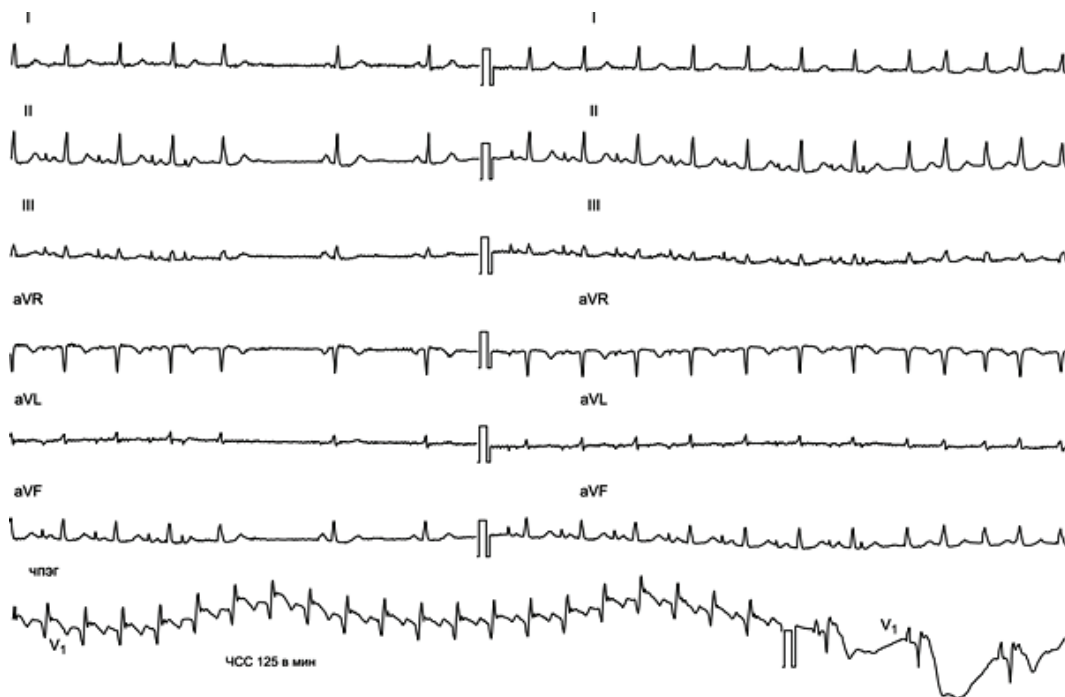


Рис. 1. Электрокардиограмма, на которой зарегистрирована типичная пароксизмальная реципрокная атриовентрикулярная узловая тахикардия

Важным симптомом является купирующее действие вагусных проб: пробы Вальсальвы, пробы Ашнера, холодовой пробы, имитации рвотного рефлекса или массажа каротидного синуса. Наиболее безопасной и эффективной является проба Вальсальвы. Прекращение наджелудочковой тахикардии на фоне вагусной пробы характерно для атриовентрикулярно-узловой тахикардии.

При неэффективности вагусных проб следует попытаться купировать пароксизм с помощью внутривенного введения трифосаденина (натрия аденозинтрифосфат). Также применяют АТФ (вводят внутривенно струйно за 1—2 с в дозе 10—30 мг. При исключении синдрома WPW используют верапамил.

Введение верапамила позволяет купировать пароксизм реципрокной атриовентрикулярной узловой тахикардии в 90% случаев. Препарат вводят струйно медленно в дозе 5—10 мг, разведя его в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида. На сегодняшний день при большинстве реципрокных тахикардий и многих эктопических аритмиях возможно точное установление электрофизиологического механизма и последующая коррекция с помощью радиочастотной катетерной абляции.

Абляция — альтернатива не только хирургическому, но и лекарственному лечению наджелудочковых тахикардий. Вмешательство производится с помощью

введения зондов-электродов (катетеров) в ту область сердца или его проводящей системы, которая стала источником нарушения ритма или одним из основных путей цепи re-entry [2]. Электродом для аблации, специальными высокочастотными электрическими токами разрушаются патологические очаги тахикардии, аномальные проводящие пути сердца. После этого осуществляется контроль эффективности воздействия (стимуляционные диагностические процедуры).

Приведенный ниже клинический случай развития психических расстройств у пациентки в отдаленном периоде РЧА представляет интерес.

Клинический пример

Пациентка А., 1979 года рождения (31 год), менеджер. Анамнез: наследственность психопатологически неотягощена. Родилась и жила в Донецке (Украина) в семье инженеров. Родилась в срок. Раннее развитие без особенностей. Имеет младшую сестру. Легко адаптировалась в детских дошкольных учреждениях, в школе училась без труда на 4 и 5. Впервые приступы сердцебиений появились в 5-летнем возрасте, после дважды перенесенной ангины. Приступы сердцебиения (ЧСС до 250) носили внезапный, кратковременный характер и купировались самостоятельно или приемом корвалола. Возникали приступы без видимой причины два раза в 6 месяцев. Страх смерти ребенок не испытывал. С 10 лет приступы участились до 2—3 в месяц и купировались изоптином. Страх смерти и навязчивых ожиданий приступов не отмечалось. В связи с учащением и удлинением приступов в 12-летнем возрасте в Харькове была имплантирована система ЭКСР 01М и ЭЭ ЭКППР-2, после чего приступы стали реже: 1 раз в 2 месяца. Данная система была, по словам оперировавших кардиохирургов, устаревшей. Особенностью было то, что больные сами купировали себе начавшийся приступ пароксизмальной тахикардии при помощи довольно большой радиочастотной катушки, которую постоянно должны иметь при себе. Больная не испытывала страхов. Имелись лишь опасения забыть аппарат дома, тяготила необходимость носить с собой на все мероприятия сумку с прибором. Вела активный образ жизни. В 25 лет пациентка вышла замуж по любви. Семья переехала жить в Москву, где супруги удачно нашли работу, купили квартиру. Отношения в семье были хорошими. В возрасте 26 лет пациентка в срок родила здоровую девочку. Беременность протекала без осложнений, пароксизмов тахикардии не возникало.

В 27 лет пациентке была выполнена операция радиочастотной аблации медленного пути АВ-соединения slowfast, эксплантация ЭКС, реимплантация ЭКС. В удовлетворительном состоянии пациентка была выписана домой под наблюдение кардиолога по месту жительства.

В течение 3 лет состояние пациентки было хорошим, растила дочь, работала. Приступов не отмечалось. В 2008 году мать больной перенесла инсульт. Пациентка в течение 6 месяцев в Донецке ухаживала за тяжело больной мамой, которая умерла у нее на глазах. У младшей сестры больной после смерти матери возник синдром раздраженного кишечника.

После возвращения в Москву семейная жизнь с мужем, заболевшим игроманией, разладилась. Пыталась помочь мужу избавиться от зависимости, испытывала чувство вины, считала, что он увлекся игрой в казино в ее отсутствие. В 2009 году женщина встретила нового спутника жизни, но его родственники всячески препятствовали их отношениям. Жила в квартире с матерью и сестрой мужа, конфликтов избегала. Новые родственники обвиняли ее в том, что она претендует на жилпло-

шадь. Временно переехала в квартиру к первому мужу. Купили с новым супругом квартиру, делали ремонт.

В декабре 2009 года на фоне длительной семейной психотравмирующей ситуации без видимой причины в трамвае случился приступ сердцебиений со страхом смерти, паникой. Впервые не могла справиться с эмоциями, кричала, чтобы вызвали скорую помощь. Пульс был 120 ударов в мин. Обратилась к оперировавшему ее кардиохирургу. Патологии выявлено не было. Пациентка стала постоянно ощущать болевые ощущения в области сердца, приступы сердцебиения участились до 3—4 раз в неделю. В момент приступа ЧСС составляла 115 ударов в минуту, артериальное давление оставалось в норме. На ЭКГ во время приступа выявляются лишь единичные экстрасистолы. С декабря 2009 г. не работала, так как боялась выходить из дома, ездить в трамвае. С критикой относилась к состоянию, понимала, что соматически здорова.

Самостоятельно обратилась на кафедру психиатрии РУДН в январе 2010 года. Была обследована специалистами — органической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено не было. В течение 3 месяцев получала миртазапин в дозе 30 мг на ночь и афобазол в дозе 20 мг в сутки, приступы панических атак, сопровождающиеся сердцебиением, прекратились. Однако после ссоры со свекровью возник приступ панической атаки, к терапии был добавлен сульпирид 150 мг в сутки. В настоящее время на фоне лечения самочувствие пациентки удовлетворительное, работает. Обсессивно-фобические расстройства редуцировались, наладились сон, аппетит. Проходит курс психотерапии.

Таким образом, у пациентки при наличии реального кардиологического заболевания, угрожающего жизни, психических расстройств не возникало. Отмечалась хорошая социально-трудовая адаптация. Больная с 12 лет самостоятельно купировала возникавшие пароксизмы аритмии при помощи специального прибора, несмотря на плохое самочувствие во время приступа. Не ограничивала себя в физической активности, была лидером в коллективе. Перенесла РЧА с благоприятным результатом. В результате длительной психической травмы на фоне соматического благополучия возникла психическая патология, проявляющаяся симптомами, характерными для имевшейся ранее соматической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Кушаковский М.С. Аритмии сердца. Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение. — СПб.: ИКТ Фолиант, 1999. — 640 с.
- [2] Функциональная диагностика в кардиологии. Том 1 / Под ред. Л.А. Бокерия, Е.З. Голуховой, А.В. Иванецкого. — М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2002. — 435 с.
- [3] Внутренние болезни. Том 1 / Под ред. акад. РАМН А.И. Мартынова, акад. РАМН Н.А. Мухина, член-корр. РАМН В.С. Моисеева, проф. А.С. Галявина. — М.: Гэотармедиа, 2001. — 585 с.
- [4] Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизhev М.Ю. Психокardiология. — М.: МИА, 2005. — 777 с.
- [5] Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. Национальное руководство. Кардиология — М.: Гэотармедиа, 2008.

MENTAL DISORDERS IN LATE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER RADIOFREQUENCY ABLATION

**M.S. Artem'ieva, M.R. Alexandrova,
I.I. Yurovskaya**

Department of psychiatry and clinical psychology
Peoples' Friendship University *of Russia*
Donskaya str., 43, Moscow, Russia, 119419

Article describes a clinical case of cardiophobia and panic attacks manifestation in patient with AV reciprocal tachycardia who underwent radiofrequency ablation with pacemaker explantation.

Key words: paroxysmal AV reciprocal tachycardia, radiofrequency ablation operation, panic attacks, cardiophobia, Mirtazapin, Afobazol, Sulpirid.