

DOI: 10.15825/1995-1191-2020-3-62-68

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕЦИПИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

М.А. Симоненко¹, П.А. Федотов¹, П.В. Широбокова², Ю.В. Сазонова¹, М.А. Борцова¹,
А.В. Березина¹, М.А. Карпенко¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель. Исследовать личностный психологический портрет пациентов после трансплантации сердца (ТС) в качестве первого этапа разработки персонализированных программ реабилитации после пересадки сердца. **Материалы и методы.** С января 2010-го по июль 2019 г. было выполнено 129 ТС (средний возраст – $46,6 \pm 14,1$ года; 74% (n = 95) – мужчины, 26% (n = 34) – женщины). Одним из пунктов обследования в ЛОТС была консультация клинического психолога и врача-психотерапевта для исключения противопоказаний к операции. Для оценки личностных характеристик мы использовали стандартный многофакторный опросник Р. Кеттелла 16 PF (версия А), включающий в себя 187 вопросов. Критериями отбора в данное исследование были выполненная ТС и отсутствие тяжелых когнитивных нарушений, развившихся в посттрансплантационном периоде. Анкетирование пациентов проводили перед их выпиской из стационара – через 30–60 дней после ТС: в период полного восстановления после операции. В настоящем исследовании была выполнена ретроспективная оценка результатов у 107 пациентов (76 мужчин, 31 женщина). **Результаты.** При анализе личностного портрета выявлено, что более половины реципиентов были скрытными, недоверчивыми (фактор А – шизотимия) и сдержанными (фактор F – сдержанность; F2 – интроверт; F4 – конформность) с низким интеллектом (фактор В), нерешительными (фактор Н – тректия), с низким суперэго (фактор G: безответственный, неорганизованный, непостоянный, переменчивый). По нашим результатам, 47% больных (18 пациентов из 38; 22 – пенсионеры) со слабой степенью развития фактора С («Слабость Я») работают по сравнению с 42% (29 из 69; 28 – пенсионеры) с сильной степенью фактора. Через 1 год после ТС количество физически активных пациентов было больше среди отличающихся низкой тревожностью по сравнению с высоко тревожными (41% (18 из 44) и 32% (20 из 63) соответственно, $p = 0,41$). **Заключение.** Личностные характеристики – это немодифицируемые черты больных, которые влияют на их поведение, возвращение к работе и социальной жизни, а также их физическое и психологическое восстановление после ТС. Знание личностных особенностей реципиентов позволит разрабатывать персонализированный подход к их реабилитации и алгоритм своевременного обследования после ТС.

Ключевые слова: трансплантация сердца, психологическое благополучие, личностные факторы, качество жизни.

PERSONALITY FACTORS IN HEART TRANSPLANT RECIPIENTS

М.А. Simonenko¹, P.A. Fedotov¹, P.V. Shirobokova², Yu.V. Sazonova¹, M.A. Bortsova¹,
A.V. Berezina¹, M.A. Karpenko¹

¹ Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, Russian Federation

² Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

Objective: to assess the personal psychological profile of heart transplant recipients as the first stage in the development of post-transplant personalized rehabilitation programs. **Materials and methods.** From January 2010 to July 2019, 129 HTs were performed (mean age 46.6 ± 14.1 years; 74% (n = 95) were men, 26% (n = 34) were women). All patients in the heart transplant waiting list were examined by a clinical psychologist and a

Для корреспонденции: Симоненко Мария Андреевна. Адрес: 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2.
Тел. (921) 952-43-55. E-mail: dr.maria.simonenko@gmail.com, simonenko_ma@almazovcentre.ru

Corresponding author: Maria Simonenko. Address: 2, Akkuratova str., Saint-Petersburg, 197341, Russian Federation.
Phone: (921) 952-43-55. E-mail: dr.maria.simonenko@gmail.com, simonenko_ma@almazovcentre.ru

psychotherapist to exclude contraindications to transplant surgery. To assess personal traits, we used the standard multifactorial questionnaire by Cattell R., 16 PF (version A), which included 187 questions. Heart transplantation and absence of post-transplant severe cognitive impairments were the selection criteria for this study. Patients were surveyed before they were discharged from the hospital – 30–60 days following HT: during the period of complete recovery after surgery. In the present study, a retrospective assessment of the results was performed in 107 patients (n = 76 – men; n = 31 – women). **Results.** Analysis of the personality portrait revealed that over half of recipients were reserved, distant (factor A – schizothymia) and restrained (factor F – restraint; F2 – introvert; F4 – conforming) with lower mental capacity (factor B), and were shy, timid (factor H), with low super ego (factor G: irresponsible, tolerates disorder, flexible, open to change). Our results showed that 47% of patients (n = 18 out of 38 patients, n = 22 are pensioners) with a weak degree of factor C (reactive, affected by feelings) are workers to 42% (n = 29 out of 69, n = 28 – retirees) with a strong degree of the same factor. One year after HT, the number of physically active patients was higher among those with low anxiety compared with high anxiety (41% (18 of 44) and 32% (20 of 63), respectively, p = 0.41). **Conclusion.** Personality factors are non-modifiable characteristics of patients. They affect human behavior, return to work and to social life, as well as physical and psychological recovery from HT. Knowing the personal traits of recipients would allow to develop a personalized approach to their rehabilitation and a technique for timely examination after HT.

Keywords: heart transplantation, psychological well-being, personality factors, quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

Психологические и социальные факторы у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и реципиентов перед трансплантацией сердца (ТС) приобретают особое значение и определяют комплаентность пациентов на этапе ожидания операции, в период восстановительного постоперационного лечения и реабилитации, что прямо взаимосвязано с общим клиническим прогнозом, в том числе с их выживаемостью [1]. Несмотря на то что с каждым годом количество ТС увеличивается [2] и существуют исследования, отражающие динамику качества жизни (КЖ) после операции, в настоящее время нет публикаций, посвященных особенностям личностных характеристик реципиентов после пересадки сердца.

Цель: исследовать личностный психологический портрет пациентов, которым была выполнена ТС, как первый этап разработки персонализированных программ реабилитации после пересадки сердца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2010-го по июль 2019 г. было выполнено 129 ТС (средний возраст – $46,6 \pm 14,1$ года; 74% (n = 95) – мужчин, 26% (n = 34) – женщины), из них шесть были детьми (медиана возраста – 15 (диапазон – от 10 до 16 лет); 5 девочек, 1 – мальчик). В качестве моста к ТС 14% (n = 18) больных была имплантирована механическая поддержка кровообращения (МПК): 11 – система экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО), 8 – бивентрикулярная система Berlin Heart «EXCOR», 1 – аппарат вспомогательного кровообращения левого желудочка (иЛЖ «АВК-Н»). Во время нахождения в листе ожидания трансплантации сердца (ЛОТС) 46 пациентов работали или учились (школа, институт) и 83 – не работали, в том числе пенсионеры. Одним из пунктов обследования

в ЛОТС была консультация клинического психолога и врача-психотерапевта для исключения противопоказаний к операции. При необходимости больным был рекомендован прием антидепрессантов. После ТС консультации клинического психолога или врача-психотерапевта проводились только по показаниям или личной просьбе пациентов: двое пациентов продолжили принимать препараты, рекомендованные в ЛОТС, и 5 препаратов были впервые назначены в сроки от 1 месяца до 5 лет после ТС.

Для оценки личностных характеристик мы использовали стандартный многофакторный опросник Р. Кеттелла 16 PF (версия А), включающий в себя 187 вопросов, предназначенный для обследования взрослых лиц, имеющих образование не ниже 8–9 классов. Результаты анкетирования позволяют оценить первичные и вторичные факторы различных личностных черт, которые имеют двойное (биполярное) название, характеризующее степень развитости черты – сильную или слабую [3]. Данное исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации.

Критериями отбора в данное исследование были выполненная ТС и отсутствие тяжелых когнитивных нарушений, развившихся в посттрансплантационном периоде. Анкетирование пациентов проводили перед их выпиской из стационара – через 30–60 дней после ТС: в период полного восстановления после операции. Больные моложе 18 лет заполняли опросники только после достижения ими 16–17 летнего возраста. В настоящем исследовании была выполнена ретроспективная оценка результатов у 107 пациентов (76 мужчин, 31 женщина). В анализ не вошли 22 реципиента (17%): 10% (13 из 129) умерли в раннем послеоперационном периоде, 3% (4 из 116) не были анкетированы в связи с тяжелыми когнитивными нарушениями, развившимися после ТС, и еще пятеро

не были включены в настоящее исследование в связи с выполнением ТС менее 30 дней назад.

После выписки из стационара все реципиенты были поставлены на диспансерный учет в условиях Центра, включающий регулярное наблюдение, лабораторно-инструментальное исследование и консультации специалистов.

Статистическую обработку данных производили с использованием программы SPSS 21.0RU. Рассчитывали следующие показатели: средние значения, стандартное отклонение ($M \pm SD$). В случае малой выборки (<20) данные были представлены в виде медиан (Me) [минимальных и максимальных значений]. Критерием статистической достоверности полученных выводов считали $p < 0,05$. Также проводили корреляционный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В описанной популяции психологический личностный портрет пациентов после ТС представлен у большинства из них сильными чертами: частота встречаемости личных факторов более 50% была 13 сильных степеней и 7 слабых степеней из 20 (табл. 1). По нашим результатам, только у трети пациентов, которым была выполнена ТС, был высокий интеллект. При анализе личностного портрета было выявлено, что более половины реципиентов были

скрытными, недоверчивыми (фактор А – шизотимия) и сдержанными (фактор F – сдержанность; F2 – интроверт; F4 – конформность) с низким интеллектом (фактор В), нерешительными (фактор Н – тректия), с низким суперэго (фактор G: безответственный, неорганизованный, непостоянный, переменчивый). Среди личных факторов у большинства пациентов были выявлены эмоциональная устойчивость (фактор С – сила Я), своенравность и упрямство (фактор Е – доминантность), беспокойность и суетливость (фактор I – премсия), внутренняя напряженность и эгоцентричность (фактор L – протенсия), идеалистичность и мечтательность (фактор М – аутия), проницательность (фактор N – дипломатичность), депрессивность и самобичевание (фактор О – гипотимия), хорошая информированность и терпимость к неудобствам (фактор Q1 – радикализм) и реактивная уравновешенность (фактор F3 – стабильность, жизнерадостность, решительность).

Первичный фактор «С» отвечает за 2 степени развития: «–» слабость Я (слабость, эмоциональная неустойчивость, переменчив, легко расстраивается, отказывается от работы, неуклончив в интересах) и «+» сила Я (сила, эмоциональная устойчивость, зрелый, реалистично настроенный, работоспособный). По нашим результатам, 47% (18 пациентов из

Таблица 1

Результаты опросника Р. Кеттелла а6 PF у пациентов после трансплантации сердца (версия А)

Results of P. Cattell's a6 PF questionnaire in heart transplanted patients (version A)

	Определяющие факторы	Личностные характеристики			
		«–»		«+»	
I	Фактор А	Шизотимия	60% (n = 64)	Аффектотимия	40% (n = 43)
II	Фактор В	Низкий интеллект	65% (n = 70)	Высокий интеллект	35% (n = 37)
III	Фактор С	Слабость Я	36% (n = 38)	Сила Я	64% (n = 69)
IV	Фактор Е	Конформность	33% (n = 35)	Доминантность	67% (n = 72)
V	Фактор F	Сдержанность	61% (n = 65)	Экспрессивность	39% (n = 42)
VI	Фактор G	Низкое суперэго	60% (n = 64)	Высокое суперэго	40% (n = 43)
VII	Фактор Н	Тректия	62% (n = 66)	Пармия	38% (n = 41)
VIII	Фактор I	Харрия	41% (n = 44)	Премсия	59% (n = 63)
IX	Фактор L	Алаксия	39% (n = 42)	Протенсия	61% (n = 65)
X	Фактор М	Праксерния	37% (n = 40)	Аутия	63% (n = 67)
XI	Фактор N	Прямолинейность	27% (n = 29)	Дипломатичность	73% (n = 78)
XII	Фактор О	Гипертимия	48% (n = 51)	Гипотимия	52% (n = 56)
XIII	Фактор Q1	Консерватизм	43% (n = 46)	Радикализм	57% (n = 61)
XIV	Фактор Q2	Зависимость от группы	12% (n = 13)	Самодостаточность	88% (n = 94)
XV	Фактор Q3	Низкое самомнение	30% (n = 32)	Высокое самомнение	70% (n = 75)
XVI	Фактор Q4	Низкая эго-напряженность	32% (n = 34)	Высокая эго-напряженность	68% (n = 73)
Вторичные факторы					
I	Фактор F1	Низкая тревожность	41% (n = 44)	Высокая тревожность	59% (n = 63)
II	Фактор F2	Интроверт	64% (n = 69)	Экстраверт	36% (n = 38)
III	Фактор F3	Сензитивность	48% (n = 51)	Реактивная уравновешенность	52% (n = 56)
IV	Фактор F4	Конформность	82% (n = 88)	Независимость	18% (n = 19)

38; 22 – пенсионеры) со слабой степенью развития фактора С работают по сравнению с 42% (29 из 69; 28 – пенсионеры) с сильной степенью этого фактора («Сила Я»).

Первичный фактор «В» имеет 2 степени развития черты: «-» – низкий интеллект (несобранные, дезорганизованные с ригидным мышлением и низкими умственными способностями) и «+» – высокий интеллект (собранный, сообразительный, высокие умственные способности). Число пациентов с ожирением (ИМТ >30 кг/м²) преобладало среди больных со слабым фактором В (низким интеллектом) по сравнению с теми, у кого был высокий интеллект (11% (8 из 70) и 5% (2 из 37) соответственно, p = 0,49). Степени фактора Q4 – низкая эго-напряженность и высокая эго-напряженность – отражают личностные характеристики от расслабленности, апатичности, низкой мотивации и лени до собранности, энергичности, повышенной мотивации и активности: 35% (12 из 34) пациентов с низким эго вернулись к работе после ТС по сравнению с 44% (32 из 73) с высоким эго (p = 0,53).

Через 1 год после ТС количество физически активных пациентов было больше среди отличающихся низкой тревожностью по сравнению с высоко тревожными (41% (18 из 44) и 32% (20 из 63) соответственно, p = 0,41). По нашим результатам, личностные характеристики больных не повлияли на показатели кардиопульмонального тестирования (VO_{2peak}, VO_{2peak} (%МДВ), Ve/VCO₂) через 1 год после ТС (p > 0,05).

При сравнении личностных характеристик в зависимости от пола было выявлено, что у мужчин 9 из 20 факторов имели слабую степень развития, в то время как у женщин – 10 из 20 (табл. 2). У мужчин среди факторов преобладала харрия (суровость, реалистичность суждений, не обращает внимания на физические недомогания, практичность) и протенсия (большое самомнение, раздражительность, требование от окружающих нести ответственность за свои ошибки), в то время как у женщин – премсия (чувствительность, ипохондрия, беспокойность, сверхосторожность) и алаксия (доверчивость, согласие с предложенными условиями, терпимость). Среди женщин преобладала гипотимия (тревож-

Таблица 2

Результаты личностных характеристик у пациентов после трансплантации сердца в зависимости от пола

Results of personality factors in patients after heart transplantation regarding their sex

№	Факторы «-»		Факторы «+»			
		Мужчины (n = 76)	Женщины (n = 31)		Мужчины (n = 76)	Женщины (n = 31)
Первичные факторы						
I	Шизотимия	62% (n = 47)	55% (n = 17)	Аффектотимия	38% (n = 29)	45% (n = 14)
II	Низкий интеллект	64% (n = 49)	68% (n = 21)	Высокий интеллект	36% (n = 27)	32% (n = 10)
III	Слабость Я	33% (n = 25)	42% (n = 13)	Сила Я	67% (n = 51)	58% (n = 18)
IV	Конформность	28% (n = 21)	45% (n = 14)	Доминантность	72% (n = 55)	55% (n = 17)
V	Сдержанность	59% (n = 45)	65% (n = 20)	Экспрессивность	41% (n = 31)	35% (n = 11)
VI	Низкое суперэго	59% (n = 45)	61% (n = 19)	Высокое суперэго	41% (n = 31)	39% (n = 12)
VII	Трекция	61% (n = 46)	65% (n = 20)	Пармия	39% (n = 30)	35% (n = 11)
VIII	Харрия	57% (n = 43)	3% (n = 1)	Премсия	43% (n = 33)	97% (n = 30)
IX	Алаксия	34% (n = 26)	52% (n = 16)	Протенсия	66% (n = 50)	48% (n = 15)
X	Праксерния	41% (n = 31)	29% (n = 9)	Аутия	59% (n = 45)	71% (n = 22)
XI	Прямолинейность	29% (n = 22)	23% (n = 7)	Дипломатичность	71% (n = 54)	77% (n = 24)
XII	Гипертимия	58% (n = 44)	23% (n = 7)	Гипотимия	42% (n = 32)	77% (n = 24)
XIII	Консерватизм	38% (n = 29)	55% (n = 17)	Радикализм	62% (n = 47)	45% (n = 14)
XIV	Зависимость от группы	15% (n = 11)	6% (n = 2)	Самодостаточность	85% (n = 65)	94% (n = 29)
XV	Низкое самомнение	29% (n = 22)	32% (n = 10)	Высокое самомнение	71% (n = 54)	68% (n = 21)
XVI	Низкая эго-напряженность	34% (n = 26)	26% (n = 8)	Высокая эго-напряженность	66% (n = 50)	74% (n = 23)
Вторичные факторы						
I	Низкая тревожность	47% (n = 36)	26% (n = 8)	Высокая тревожность	53% (n = 40)	74% (n = 23)
II	Интроверт	62% (n = 47)	71% (n = 22)	Экстраверт	38% (n = 29)	29% (n = 9)
III	Сензитивность	33% (n = 25)	84% (n = 26)	Реактивная уравновешенность	67% (n = 51)	16% (n = 5)
IV	Конформность	80% (n = 61)	87% (n = 27)	Независимость	20% (n = 15)	13% (n = 4)

ность, беспокоенность, депрессивность, чувство одиночества, ипохондрия), среди мужчин – гипертимия (беспечность, самоуверенность, безмятежность, бездумность). У обоих полов имели место высокое самомнение, самодостаточность, высокие эго-напряженность и тревожность (>50%). Для 62% мужчин и 71% женщин в анализируемой популяции была характерна застенчивость, скрытность, сдержанность (фактор F2 – интроверт) и пассивность, потребность в поддержке (фактор F4 – конформность).

Не было выявлено корреляций между личностными характеристиками и смертностью после трансплантации сердца ($p > 0,05$).

Определены следующие корреляции между факторами личностных характеристик (табл. 3). У 51% ($n = 54$) пациентов выявлена взаимосвязь между двумя факторами: сдержанностью, осторожностью (фактор F) и самодостаточностью, независимостью

при принятии решений (Q2). Более того, 11% (6 из 54) больных с вышеописанными факторами умерли в сроки от 3 месяцев до 3 лет после ТС по сравнению с 15% ($n = 8$ из 53) умерших пациентов, не имеющих личностных характеристик F и Q2 (2 – внезапная сердечная смерть, 1 – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и 5 – прогрессия хронических заболеваний). У 5 из 6 реципиентов летальные исходы (3 – кризы отторжения аллографта с дисфункцией трансплантата, 1 – инфаркт миокарда, болезнь коронарных сосудов пересаженного сердца (БКПС), 1 – ОНМК) наступили вследствие осложнений, о жалобах на которые они не сообщили своевременно.

Более того, у 57% ($n = 61$) пациентов была выявлена совокупность факторов F1 + Q4 (раздражительность и агрессивность), 13% (8 из 61) из которых умерли, по сравнению с 8,7% (7 из 46) больных, не имеющих этих личностных факторов.

Таблица 3

Корреляции между факторами личностных характеристик у пациентов после трансплантации сердца

Correlations between personality factors in patients after heart transplantation

№	Корреляции между факторами	Значения	Расшифровка личностных факторов	Пациенты
Положительные корреляции				
1	Е и F2	$r = 0,390$ ($p < 0,001$)	Быть доминантом, неуступчивым, конфликтным, своенравным и экстравертом, который хорошо устанавливает и поддерживает социальные контакты	34% ($n = 36$)
2	Е и F4	$r = 0,304$ ($p = 0,002$)	Быть доминантом и независимым, и агрессивным	15% ($n = 16$)
3	F и F2	$r = 0,393$ ($p < 0,001$)	Быть экспрессивным, импульсивным и экстравертом	27% ($n = 29$)
4	Н и F2	$r = 0,595$ ($p < 0,001$)	Быть смелым, предприимчивым, беззаботным и экстравертом	26% ($n = 28$)
5	М и F4	$r = 0,310$ ($p < 0,001$)	Быть мечтательным, рассеянным, неуравновешенным и независимым	16% ($n = 17$)
6	Q1 и F4	$r = 0,365$ ($p < 0,001$)	Быть радикально и критически настроенным, с наличием интеллектуальных интересов, и агрессивным, сообразительным	16% ($n = 17$)
7	F1 и Q4	$r = 0,757$ ($p < 0,001$)	Быть раздражительным, мотивированным и агрессивным, но сообразительным	57% ($n = 61$)
Отрицательные корреляции				
8	F и Q2	$r = -0,377$ ($p < 0,001$)	Быть сдержанным, осторожным, пессимистичным и самодостаточным, независимым при принятии решений	51% ($n = 54$)
9	Н и F1	$r = -0,371$ ($p < 0,001$)	Быть нерешительным, раздражительным, строго придерживающимся правил и рекомендаций и удовлетворенным жизнью, но со слабой мотивацией стремиться к достижению новых целей и улучшению качества жизни	13% ($n = 14$)
10	Н и Q4	$r = -0,329$ ($p < 0,001$)	Быть эмоционально лабильным и спокойным с отсутствием мотивации для выполнения дополнительных действий	12% ($n = 13$)
11	I и F3	$r = -0,546$ ($p < 0,001$)	Быть реалистом, практичным, который не обращает внимания на физические недомогания	19% ($n = 20$)
12	М и F3	$r = -0,324$ ($p < 0,001$)	Быть практичным, внимательным к мелочам, добросовестным и спокойным, но имеющим затруднения в принятии самостоятельных быстрых решений	25% ($n = 27$)
13	N и F2	$r = -0,302$ ($p = 0,002$)	Быть прямолинейным, эмоционально лабильным и при этом скрытым, сдержанным и застенчивым	19% ($n = 20$)

ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты после пересадки сердца используют разные виды защитных механизмов, и более активное применение защитных механизмов приводит к психологической подготовленности к трансплантации [4, 5]. Уровни качества жизни (КЖ) в сфере физического благополучия у больных после ТС улучшаются, результаты лучше у физически активных пациентов [6]. КЖ и частота развития депрессии после пересадки изучались в различных работах [7–10], но в настоящее время отсутствуют публикации, посвященные личностным характеристикам у реципиентов, которым была проведена ТС.

Личностные характеристики – это особенности, которые имеют место у всех пациентов и не меняются вне зависимости от проведения оперативного вмешательства. В зависимости от тех или иных личностных факторов поведение реципиента может отличаться и приводить к различным реакциям на появление осложнений и копинг механизмов на отрицательную динамику состояния [4, 5]. Эмоционально лабильные, или наоборот, сдержанные пациенты могут недооценивать появление новых жалоб и несвоевременно обращаться к врачам. В то время как решительные, радикально настроенные больные, с экстравертным мышлением будут мотивированы на улучшение своего качества жизни, выполнение регулярной физической нагрузки и амбулаторное обследование согласно протоколу после трансплантации сердца.

Стресс, связанный с проведенной ТС, может иметь место и в отдаленном периоде после пересадки. Виды психологических нарушений и ассоциируемые факторы риска подтверждают необходимость проведения постоянной психологической и клинической поддержки реципиентов после ТС [11]. Симптомы депрессии и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) могут также увеличить смертность и заболеваемость среди больных в ЛОТС и после ТС [11, 12]. Факторы, влияющие на развития стресса и психологических расстройств после операции: молодой возраст, женский пол, ортопедические заболевания и отсутствие психологической поддержки [11]. Но личностные особенности не являются модифицируемыми факторами вследствие ТС или других оперативных вмешательств, а только отражают личностный характер больных. Важна организация социальной поддержки пациентов как в ЛОТС, так и после пересадки сердца [12]. В настоящее время не существует единой системы социальной и психологической поддержки реципиентов после ТС в РФ, каждый центр выбирает свой протокол работы с ними. В условиях нашего Центра мы придерживаемся персонифицированного подхода в работе с больными в ЛОТС и после ТС. Все реципиенты регуляр-

но наблюдаются и имеют возможность телефонного контакта с лечащим врачом при появлении жалоб или изменении самочувствия, что позволило сформировать доверительные отношения «пациент–врач» и увеличило число случаев своевременного обращения в медицинские учреждения, обследования и начала лечения. Также мы рекомендуем проводить обучение особенностям жизни после ТС не только реципиентов, но и их родственников (родители, супруги, дети). В информированном согласии на наблюдение больные с трансплантированным сердцем всегда указывали ближайший контакт для связи, ближайшие родственники сообщали об ухудшении самочувствия пациентов, в том числе при появлении фебрильной лихорадки, одышки, неврологических расстройствах и т. д., что позволило своевременно начать лечение и внепланово их госпитализировать. Формирование общения «пациент–врач» может быть особенно полезно в отношении скрытных и сдержанных больных, а в отношении тревожных и ипохондричных знание анамнеза болезни и длительное наблюдение позволяют верифицировать заболевания в более короткие сроки.

Половые различия также влияют на разновидности стресса и копинг механизмов и на тактику их лечения после пересадки сердца [13]. По нашим результатам, трансплантированные пациенты мужского пола были более скрытными, решительными и склонными не замечать трудности (факторы F2 – интроверт, F3 – реактивная уравновешенность), в то время как у пациенток после ТС преобладали ипохондрия, сверхосторожность, чувствительность, тревожность, обеспокоенность и подавленность (факторы I – премсия, O – гипотимия, F3 – сензитивность).

Согласно данным L. Petrucci et al., 87% (n = 131) реципиентов работали до пересадки, и только 39% (n = 51) вернулись к работе после операции [14]. В анализируемой нами популяции 36% (46 из 129) больных во время нахождения в ЛОТС работали или учились и 43% (47 из 107) вернулись к работе/учебе после пересадки сердца. Более того, часть работодателей обращались к лечащим врачам пациентов для уточнения их профессиональной пригодности и получения письменного разрешения на работу, учитывая состояние их здоровья.

В перспективе требуется проведение крупного исследования для оценки частоты госпитализаций и посттрансплантационных осложнений, а также поиска факторов риска развития психологических проблем и недостижения психологического благополучия после ТС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Личностные характеристики – это не модифицируемые черты больных, которые влияют на их поведение, возвращение к работе и социальной жизни,

а также их физическое и психологическое восстановление после ТС. Реабилитация больных должна включать формирование доверительных отношений «пациент–врач», возможность внепланового телефонного контакта с лечащим врачом при появлении новых жалоб или развитии осложнений. Знание личностных особенностей реципиентов позволит разрабатывать персонализированный подход к их реабилитации и алгоритм своевременного обследования после ТС.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Шиндрик РЮ, Щелков ОЮ, Демченко ЕА, Ситникова МЮ. Психосоциальный статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью, ожидающих трансплантацию сердца. *Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика*. 2019; 16 (2): 163–180. Shindrikov RYu, Schelkov OYu, Demchenko EA, Sitnikova MYu. Psychosocial status of patients with chronic heart failure awaiting heart transplantation. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*. 2019; 16 (2): 163–180. doi: 10.22363/2312-1683-2019-16-2-163-180.
2. Heart Transplantation: overall. *JHLT*. 2018 Oct; 37 (10): 1155–1206.
3. Cattell HEP, Mead AD. The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF), The SAGE Handbook of personality theory and assessment: Volume 2 – Personality Measurement and Testing, Chapter 7. 2008; 135–159. doi: 10.4135/9781849200479.n7.
4. Pfeifer PM, Ruschel PP, Bordignon S. Coping strategies after heart transplantation: psychological implications. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013; 28 (1): 61–68. doi: 10.5935/1678-9741.20130010.
5. Trevizan FB, de Oliveira Santos Miyazaki MC, Silva YLW, Roque CMW. Quality of life, depression, anxiety and coping strategies after heart transplantation. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2017; 32 (3): 162–170.
6. Симоненко МА, Березина АВ, Федотов ПА, Сазонова ЮВ, Первунина ТМ, Лелявина ТА и др. Динамика физической работоспособности и качества жизни у пациентов после трансплантации сердца. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2018; 20 (1): 32–38. Simonenko MA, Berezina AV, Fedotov PA, Sazonova YuV, Pervunina TM, Lelyavina TA et al. Dynamic of physical capacity and quality of life after heart transplantation. *Journal of Transplantology and Artificial organs*. 2018; 20 (1): 32–38. doi: 10.15825/1995-1191-2018-1-32-38.
7. Albert W, Hudalla A, Traue K, Hetzer R. Impact of heart transplantation in infancy and adolescence on quality of life and compliance. *HSR Proceedings in Intensive Care and Cardiovascular Anesthesia*. 2012; 4 (2): 125–129.
8. Шевченко АО, Халилулин ТА, Миронков БЛ, Саитгареев РШ, Захаревич ВМ, Кормер АЯ и др. Оценка качества жизни пациентов с трансплантированным сердцем. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2014; 16 (4): 11–16. Shevchenko AO, Khalilulin TA, Mironkov BL, Saitgareev RSh, Zakharevich VM, Kormer AY et al. Quality of life assessment in cardiac transplant recipients. *The Journal of Transplantology and Artificial organs*. 2014; 16 (4): 11–16. doi: 10.15825/1995-1191-2014-4-11-16.
9. Epstein F, Parker MM, Lucero A, Chaudhary R, Song E, Weisshaar D. Association of depression and anxiety before heart transplant with mortality after transplant: a single-centre experience. *Transplant Research and Risk Management*. 2017; 9: 31–38. doi: 10.2147/TRRM.S132400.
10. Saeed I, Rogers C, Murday A. Health-related quality of life after cardiac transplantation: results of a UK National survey with norm-based comparison. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2008; 27 (6): 675–681. doi: 10.1016/j.healun.2008.03.013.
11. Grady KL, Wang E, White-Williams C, Naftel DC, Myers S, Kirklin JK et al. Factors associated with stress and coping at 5 and 10 years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2013; 32 (4): 437–446. doi: 10.1016/j.healun.2012.12.012.
12. Rosenberger EM, Dew MA, Crone C, DiMartini AF. Psychiatric disorders as risk factors for adverse medical outcomes after solid organ transplantation. *Curr Opin Organ Transplant*. 2012; 17 (2): 188–192. doi: 10.1097/MOT.0b013e3283510928.
13. Grady KL, Andrei AC, Li Z, Rybarczyk B, White-Williams C, Gordon R et al. Gender differences in appraisal of stress and coping 5 years after heart transplantation. *Heart Lung*. 2016; 45 (1): 41–47. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.09.009.
14. Petrucci L, Ricotti S, Michelini I, Vitulo P, Oggioni T, Cascina A et al. Return to work after thoracic organ transplantation in a clinically-stable population. *The European Journal of Heart Failure*. 2007; 9: 1112–1119. doi: 10.1016/j.ejheart.2007.08.002.

*Статья поступила в редакцию 6.02.2020 г.
The article was submitted to the journal on 6.02.2020*