

УДК 616.132-007.64:616-001.18:616.89

Е.В. Рыбакова, С.С. Белостоцкая
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ
С РЕТРОГРАДНОЙ ПЕРФУЗИЕЙ В СВЯЗИ С ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

ДУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии
им. Н.М. Амосова НАМН Украины», г. Киев

Ключевые слова: краниocereбральная гипотермия, ретроградная перфузия, расслаивающая аневризма аорты, экспериментально-психологическое исследование

Актуальность проблемы

Аневризма аорты – это мешковидное выпячивание стенок аорты, возникающее на фоне их патологического изменения. Аневризмы аорты являются одним из тяжелых заболеваний системы кровообращения, имеющих неблагоприятный прогноз при естественном течении в подавляющем большинстве случаев.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, отмечается их рост среди населения. Согласно статистическим данным аневризма аорты занимает 13-е место в структуре смертности населения: около 0,6% женщин и 1,2% мужчин ежегодно умирают от разрыва аорты. В отечественных и зарубежных исследованиях установлено, что фатальное осложнение, например, аневризмы грудной аорты, наступает в течение 3-5 лет с момента постановки диагноза. Наиболее опасные осложнения — расслоение и разрыв аорты, при которых в течение первых двух суток умирают 90% больных. [8]

Повышение уровня безопасности и результативности хирургического лечения аневризм аорты, разработка эффективных технологий, уточнение факторов риска, расширение спектра корригируемой патологии и самое главное поиск путей ранней диагностики данного заболевания - являются современными ориентирами и стимулами развития сосудистой хирургии. [8]

Чрезвычайную сложность также представляет выполнение urgentных операций в условиях искусственного кровообращения, а также с применением краниocereбральной гипотермии. Гипотермия способна снижать интенсивность метаболических процессов и потребность в энергетических субстратах не только в головном мозге, но и в других органах. Использование умеренной гипотермии (28—32°C) позволяет снизить метаболическую активность головного мозга до 60%. Поскольку угнетение метаболизма головного мозга при этом неполное и потребность в метаболитах, хотя и уменьшенная, но сохраняется, следовательно, существует «безопасный» период времени, после которого возникают ишемические изменения. При охлаждении до температуры 18°C «безопасная» продолжительность остановки кровообращения (далее ОК) составляет примерно 30—45 мин. При более глубоком охлаждении продолжительность безопасного периода

ОК увеличивается за счет большего угнетения метаболизма, однако при этом повышается вероятность развития осложнений, не связанных с ишемией мозга. Многие авторы отмечают, что снижение содержания АТФ в головном мозге менее выражено, если при гипотермической ОК используют ретроградную перфузию мозга. Это свидетельствует о развитии меньшей метаболической задолженности при использовании указанной методики. Данные клинических исследований свидетельствуют о том, что применение методики ретроградной перфузии мозга позволило в значительной мере снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений. [2;7]

Следует отметить также, что блестяще технически выполненная операция может не принести больному облегчения и выздоровления, если при этом жестоко ранена психика больного.

Это обусловлено тем, что в отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания, и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается значимость психологического операционного стресса (предоперационного и послеоперационного). [5;6]

Цель данной работы – определить функционирование как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований – личностных качеств кардиохирургических больных до и после хирургического лечения с использованием краниocereбральной гипотермии с ретроградной перфузией.

Материал и методы

Выбор конкретных методов и способов психологической диагностики базировались на выявлении кардинальных психопатологических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности. [3;4]

Для подтверждения выявляемых клинических расстройств внимания использовалась методика «числовой квадрат», которая представляет собою набор цифр (от 1 до 40), расположенных в случайном порядке в клетках. Всего в ней 25 чисел, 15 остальных отсутствуют. Испытуемый должен указать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы

до двадцати пяти) отсутствующие цифры. При обработке результатов отмечаются следующие показатели: 1) превышение нормативного (80 – 90 секунд) времени, затраченного на указывание цифр; 2) количество верных ответов. [1]

Для оценки мнестических нарушений использовалась методика запоминания 10 слов. Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному произвольному и непроизвольному запоминанию. Обследуемому зачитываются десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения. Непосредственно после зачитывания, а также через 10 минут после него предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Отмечаются следующие показатели: 1) количество воспроизведенных слов; 2) количественная динамика воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

Основными методами исследования мышления являлись тесты на классификацию, исключение понятий, выделение существенных признаков, силлогизмы, анализ отношений понятий (аналогии), обобщение, ассоциативный эксперимент. Регистрируются: 1) латентный период; 2) качественные характеристики ответов.

Среди психологических методик, позволяющих оценивать аффективные нарушения, использовались опросник Сердюка для изучения значимости влияния болезни на ту или иную сферу социального статуса пациента; Ленинградский опросник Бехтеревского института (испытуемому предлагается выбрать из каждого из двенадцати разделов не более 3-х утверждений, которые отражают его мнение); шкала HADS (оценка депрессивного состояния и тревожности), а также шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергер-Ханина (состоящая из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию – реактивная или ситуативная тревожность и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности). [1;9]

Основу исследования составляет проспективный анализ данных 52 пациентов с диагнозом аневризматического расширения аорты, которые прошли обследование и хирургическое лечение в Национальном институте сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М.Амосова АМН Украины за период 12 месяцев (с июля 2009г. по июль 2010г. включительно). Среди них 28 пациентов – мужчины, 24 пациента – женщины. Средний возраст в группах составил $43,7 \pm 11,2$ и $46,5 \pm 13,1$ соответственно. Обследование проводилось дважды – при поступлении в стационар и после выполнения хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение

Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаще других — тревога. При исследовании по методике HADS при поступлении выявлен повышенный уровень тревоги у всех больных, причем у 46 (88,5%) больных обнару-

жен высокий уровень тревоги. Это связано с тяжелым психогенным стрессом, в основе которого лежит боязнь операции, наблюдается постоянное эмоциональное напряжение при учете объективных характеристик опасности. Клиническими признаками тревоги являются напряжение, беспокойство, нервозность, рассеянность, снижение мнестических функций, нарушения сна.

Необходимость проведения хирургического оперативного вмешательства, как правило, застигает пациента врасплох, в отличие от ситуации хронической соматической патологии, к которой он постепенно адаптируется. И если обязательность тех или иных терапевтических мероприятий человек может спрогнозировать, то предположить возможность и необходимость операции пациент способен в значительно меньшей степени.

По сравнению с этапом поступления средние значения уровня тревоги после хирургического лечения несколько снижаются. Снижение уровня послеоперационной тревоги определяется перенесенным операционным стрессом и соответствием или несоответствием ожидаемых и полученных результатов. В 67,3% (35 пациентов) уровень тревоги значительно снижился. Для пациентов была характерна трезвая оценка своего состояния, без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести заболевания.

Лица с умеренно выраженной тревогой, которые трезво оценивают цель оперативного вмешательства, вероятность достижения успеха и возможность появления послеоперационных осложнений, психологически более адекватно реагируют на собственное состояние. [5;6]

Почти у всех больных при поступлении отмечается социальная дезадаптация, которая объясняется депрессивной симптоматикой. Депрессивное состояние различной степени выраженности обнаружено у 32 (61,5%) пациентов. Депрессивная симптоматика больных обусловлена реакцией на заболевание, осознанием опасности для жизни, неопределенностью будущего, изменением социально-активной роли. Клинически эта симптоматика проявляется в виде подавленности, угнетенности, заторможенности движений, или, наоборот, неусидчивости, гиперактивности, суетливости. У многих больных нарушается сон и аппетит, появляются функциональные нарушения различных органов и систем: одышка, чувство нехватки воздуха, боли в области сердца, тахикардия, колебания артериального давления, диспепсические или дизурические расстройства.

Депрессивная симптоматика снижается в послеоперационном периоде. После хирургического лечения депрессивное состояние различной степени выраженности выявлено у 24 (46,2%) пациентов. Снижение уровня депрессивного состояния связано со своевременным психотерапевтическим и психокоррекционным воздействием.

Выводы

1. В группе из 52 пациентов с установленным диагнозом аневризматического расширения аорты у 46 (88,5%) диагностировано различной степени выраженности тревожные состояния, а у 32 (61,5%) – депрессивная симптоматика.

2. В результате оперативного вмешательства с использованием краниocereбральной гипотермии с ретроградной перфузией в 67,3% (35 случаев) уровень тревоги значительно снижался, а 21,2% (11 случаев) характеризовались уменьшением депрессивной симптоматики.

Литература

1. Джекобсон Дж.Л. Секреты психиатрии // Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П.И.Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 2-е изд. – с.19-66, с.97-120, с.485-491.

2. Ефимова Н.Ю., Чернышов В.И., Ахмедова Ш.Д. // Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / Грудная и сердечнососудистая хирургия, №6, 2002 с.1 с.47-48.

3. Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003 – Т.1 с.39-45; с.238-241.

4. Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.2 с.229-230.

5. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая психология 1-е издание – Москва 2005 с. 253-255.

6. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая психология 2-е издание – Москва 2005 с.249-250.

7. Локиин Л.С., Белов Ю.В., Зацепина Н.Е., Кириллов М.В. Современные методы искусственного кровообращения в хирургии аорты и сердца. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - №1. М: 2008.

8. Сітар Л.Л., Кравченко І.М., Кравченко В.І., Максименко В.Б. та ін. // Гостра розширююча аневризма аорти типу А – проблеми діагностики і організації екстреної допомоги // Серцево-судинна хірургія, випуск 17, К: 2009 с.413-416.

9. Психиатрия: Справочник практического врача / Под. ред. А.Г.Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – с.23-92.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ КРАНІОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ З РЕТРОГРАДНОЮ ПЕРФУЗІЄЮ У ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ОПЕРАТИВНИМ ЛІКУВАННЯМ РОЗШАРОВУЮЧОЇ АНЕВРИЗМИ АОРТИ

О.В.Рибаківа, С.С.Білостоцька

В статті розглядається дослідження функціонування окремих сфер психічної діяльності кардіохірургічних хворих до та після хірургічного втручання з використанням краниocereбральної гіпотермії з ретроградною перфузією. Особливу увагу приділено такому емоційному стану як тривога та депресивному синдрому

Ключові слова: краниocereбральна гіпотермія, ретроградна перфузія, розширююча аневризма аорти, експериментально-психологічне дослідження

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PROBLEMS OF KRANIOCEREBRAL HYPOTHERMIA WITH RETROGRADE PERFUSION IN CONNECTION WITH THE OPERATIVE TREATMENT OF DEFECTING AORTIC ANEURYSM

O.V.Rybakova, S.S.Bilostotska

In the article is considered the investigation of functioning of the separate spheres of mental activity of cardio surgery patients before and after surgery using craniocerebral hypothermia with retrograde perfusion. Particular attention has paid to such emotional state as anxiety and depressive syndrome

Keywords: craniocerebral hypothermia, retrograde perfusion, defecting aortic aneurysm, experimental psychological research