

УДК 616.123-007.64-089+616.89-008-07

К.І.Тарновецька, А.Ю.Лагутін
ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ
ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З РОЗШАРОВОЮЧОЮ АНЕВРИЗМОЮ АОРТИ ДО ТА ПІСЛЯ
ОПЕРАЦІЇ (огляд літератури)

Український НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України м. Київ

Ключові слова: психопатологічний статус, розширюючі аневризми аорти, експериментально-психологічне дослідження

XXI століття – це століття яке протікає у інтенсивному темпі життя. Це час ненормованого темпу та режиму дня, стресів, надмірних перенапружень організму людини. Стреси переважно психологічного плану, наслідком чого є висока поширеність психічних розладів, зокрема неспокійного регістру. Натомість психічні розлади, призводять до кардіологічних захворювань, серед яких однією з перших є розширююча аневризма аорти (РАА).

Аневризмою аорти називають локальне мішкоподібне вибухання стінки або дифузне розширення всієї аорти більш ніж у два рази порівняно з нормою.

За етіологією:

1) Вродженні захворювання стінки аорти (хвороба Марфана, синдром Елерса-Данлоса, фіброзна дисплазія).

2) Набуті захворювання

- запальні: специфічні та не специфічні, післяопераційні;

- незапальні: дегенеративні (атеросклеротична, аневризми трансплантатів);

- механічні;

- ідіоматичні (медіонекроз Ердгеймера, медіонекроз під час вагітності). Клінічний перебіг аневризми

аорти буває безсимптомним, неускладненим, розширюючим.

Розширююча аневризма аорти – раптовий дефект внутрішньої оболонки стінки аорти з подальшим проникненням потоку крові в дегенеративно змінений середній прошарок, утворенням внутрішньостінної гематоми та прокольним розширенням стінки аорти.

Класифікують:

I тип – розрив внутрішньої оболонки локалізується у висхідній частині аорти, розширення стінок до черевної частини аорти:

а) розширення закінчується сліпим мішком у дистальних відділах аорти;

б) є другий дистальний розрив аорти.

II тип – розрив внутрішньої оболонки знаходиться в висхідній частині аорти, розширення закінчується сліпим мішком проксимально плечового стовбура.

III тип – розрив внутрішньої оболонки аорти локалізується в початковому відділі низхідної частини грудної аорти дистальніше вустя лівої підключичної артерії. Хибний просвіт аорти повністю закривається тромбом; за відсутності симптомів компресії сусідніх органів може наступити «самовилікування» [5;15;16;17].

Клінічна картина РАА дуже різноманітна, діагностувати її наймовірніше важко, вірний діагноз ставлять лише у третині всіх випадків захворювання. За даними інституту серцево-судинної хірургії АМН України ризик смерті хворих з РАА складає 50-60%, післяопераційна смертність 12,4% (Л. Л. Ситар, 2000), а кількість випадків РАА невпинно росте. [9] За десять років (1991–2000 рр.) на базі Львівського обласного патологоанатомічного бюро Інституту клінічної патології та патологоанатомічного відділення клінічної лікарні Львівської залізниці проведений ретроспективний аналіз 101 спостереження смерті від РАА. З них у 54 (53,5%) хворих РАА мала інфарктоподібний перебіг. При цьому у 36 – ІМ лишився заключним (посмертним) клінічним діагнозом. “Кардіальна” маска РАА відзначена у 38 (70,4%) чоловіків і 16 (29,6%) жінок віком від 25 до 80 років. Найчастіше аневризму і розрив аорти виявляли у хворих віком від 50 до 70 років, 12 (22,2%) хворих померли в більш молодому віці – до 50 років. [5] Треба зазначити, що лише своєчасне хірургічне втручання дозволяє врятувати значну частину хворих. Вірний діагноз РАА найчастіше встановлюють під час проведення ехокардіографії, але внаслідок недостатньої візуалізації надклапанної частини висхідної частини аорти ехокардіографія часто буває малоінформативна. Операції на РАА, як правило, проводять в умовах довготривалої перфузії. [10] Використання штучного кровообігу при кардіохірургічних втручаннях досить часто (від 5,6 до 90% випадків) є причиною нейропсихологічних ускладнень (гострі психози, психоз 5-ого дня, делірій, розлади когнітивної сфери, депресії і т. і). [8;4]

Для характеристики когнітивних порушень (КП) визначимо когнітивні функції: під цим терміном прийнято розуміти найбільш складні функції головного мозку (ГМ), за допомогою яких здійснюються процеси пізнання світу. До когнітивних функцій відносяться: пам'ять, гнозис, мова, праксис та інтелект.

- Пам'ять – здатність ГМ запам'ятовувати, зберігати та відтворювати необхідну інформацію, для повсякденної діяльності.

- Гнозис – функція сприймання інформації, її обробка та синтез елементарних сенсорних відчуттів в загальні образи. Порушення гнозису – агнозія.

- Мова – здатність обмінюватись інформацією за допомогою висловів, слів. Порушення мови – афазія.

- Праксис – здатність набувати, зберігати, і використовувати різноманітні рухові навички.

- Інтелект — здатність виконувати свідомі розумові дії, такі як: систематизація, зіставлення, виокремлення, формування поняття, порівняння, поєднання, категоризація, організація, кількісний розрахунок, з'ясування причин і наслідків, характеристика, моделювання, пошук зв'язків, перебір варіантів, візуалізація, вербалізація, узагальнення, структурування, розбір, осмислення, позбавлення, регуляція і т.д. [2].

При цьому порушення когнітивних функцій включають в себе патологію короткотривалої та довготрива-

лої пам'яті, зниження уваги та її концентрації, уповільнення психомоторної реакції [4]. На даний час не достатньо вивчено типи когнітивних розладів, що зустрічаються і характер їх перебігу у кардіохірургічних хворих з РАА до і після операції.

За даними Наукового центра серцево-судинної хірургії ім. А.Н. Бакулева, у оперованих пацієнтів найбільш часто зустрічаються наступні типи особистісних реакцій

- 1) Адекватні (нормальні);

- 2) Патологічні (невротичні, кардіофобічні, тривого-депресивні, іпохондричні, істеричні).

Реакція на кардіохірургічні втручання розцінюється як адекватна, якщо пацієнт дотримується всіх рекомендацій лікаря. Для кардіофобічної реакції найбільш характерний страх смерті. При депресивних реакціях – зниження настрою, песимістична оцінка прогнозу. [18;13]

У багатьох народів світу серце пов'язують із станом емоцій. Емоційні переживання відповідають тим чи іншим різним відчуттям у ділянці серця. В. Кеннон, доктор медичних наук, американський психофізіолог, вивчав вплив емоцій на фізіологічні функції. Він показав, що під впливом емоцій може проходити збудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи і посилення симпатико-тонічного дії, результатом чого є перерозподіл крові: посилений приток до серця, легень, центральної нервової системи, кінцівок і відтік до брюшної частини. Такі зміни периферичного кровообігу слугують основою для появи різних відчуттів, таких як: напруга в голові, пульсування у скронях, шум у вухах, передзапаморочна «пустота у голові» та інші. [11]

В психосоматичній медицині виділяють «Коронарний тип особистості» (Ф. Донбар, 1948) або тип особистості А, який входить в групу ризику по коронарній хворобі що включає РАА. Для людей такого типу характерно: амбіційність, велика жага до успіху, одержимість роботою, нетерпимість, запальність, агресивність, що поєднуються з підвищеним відчуттям відповідальності та пригніченням внутрішніх потягів шляхом контролю за своїми емоціями, що призводить до постійного ефекту напруги. Специфічних маркерів для визначення коронарного типу особистості поки що не існує, тому все визначає експериментально-психологічне дослідження. [11;12]

Підхід до експериментально-психологічного дослідження проводиться комплексно, до та після операції. Метою дослідження є: виявлення порушення психічних функцій і психологічних особливостей людини. Важливо оцінити стан пацієнта під час проведення дослідження, до і після операції. Як правило, ті чи інші психопатологічні розлади присутні в стані пацієнта, у вигляді суб'єктивних розладів. Під час дослідження – психіатр (клініцист, психотерапевт) повинен зрозуміти про які саме розлади йде мова, і які їхні особливості, з яким психопатологічним статусом вони пов'язані. [14] Психологічне дослідження дозволяє якісно та кількіс-

но оцінити зміни в стані пацієнта, в тому числі тільки ті що починаються і не є різко вираженими. Дослідження може виявити зміни які ще не помітні зовні, та не усвідомлюються самим хворим. Оцінка особистісних особливостей соціального (в тому числі сімейного) функціонування, таку інформацію важливо отримати для подальшого плану побудови психокорекційних та психопрофілактичних програм. При дослідженні важливо також оцінити наявність мозкових уражень. Для цього проводяться такі дослідження як: електроенцефалографія із картуванням спектральної потужності біоелектричної активності головного мозку (БЕАГМ), кардіоінтервалографія (КІГ), доплерографія інтракраніальних судин. Невід'ємною частиною є біохімічні дослідження.[3]

При проведенні експериментально – психологічного дослідження пацієнту обов'язково сповіщається ціль дослідження, а також при бажанні він може дізнатись і результати дослідження.

Для проведення дослідження ми підібрали ряд методик які представлені у таблиці нижче. [6; 7; 1]

Попередній підбір методик для експериментального дослідження

<i>Назва методики</i>	<i>Ціль дослідження</i>
Методика А.Лурія на запам'ятовування 10 слів	Допомагає визначити рівень мнестичних функцій – короткочасну та довготривалу пам'ять
Модифіковані таблиці Шульте	Об'єм і стійкість уваги, сенсомоторні реакції
Коректурна проба	Визначає концентрацію уваги.
Шкали тривоги та депресій Бека	Визначення рівня депресивного стану
САН тест диференціальної самооцінки функціонального стану	Визначення рівня активності, настрою, самопочуття
Опитувальник Сердюка	Для вивчення самооцінки соціальної значимості хвороби
Методика оцінки рівня тривоги Ч.Д. Спилберга адаптована Ю.Л. Ханін	Особистісна та реактивна тривожність
Психогеоетричний тест	Для визначення аналізу особистості

Таким чином, дотримання принципу комплексного обстеження та інтерпретації отриманих даних, дає можливість настроїти пацієнта на хороший перебіг операції, а також запобігти післяопераційним ускладненням, психічним порушенням непсихотичного регістру після операцій на серці.

Психічні порушення у після операційному періоді проходять в три етапи:

адинамічний – 2-4 доба після проведення операції;

невротичний – 4-15 доба після проведення операції;

період зворотнього розвитку астенічних явищ – 1-3 місяці після операції (Ковальов В.В., 1947).

На першому етапі (після операцій на серці) хворий виснажений, дещо в приглушеному стані, байдужий до навколишнього середовища і свого стану. Вони з великим зусиллям відповідають на питання тихим голосом, швидко втомлюються. У другому етапі, невротичному, вони стають більш активними, чітко виступають іпохондричність та подразлива слабкість. Можливі також рухова збудженість, тривога за стан здоров'я. Іноді виникає підняття настрою з балакучістю, безтурботним відношенням до хвороби; такий стан може становити ризик для фізичного стану хворого, тому що вони починають робити різкі рухи і пориви встати; погіршення сну, з'являється галюцинаторне сприймання навколишнього середовища, що натомість ускладнює картину хвороби. В такому стані пацієнти потребують допомоги психотерапевта, який буде враховувати втому та виснаження хворого. З кінця другого тижня після операції стан поступово покращується [12;18].

Основними задачами реабілітації на цих етапах є: формування у пацієнта адекватного відношення до свого стану, зняття психоемоційної напруги обумовленої операцією, формування оптимістичних настанов. Проведення психологічної реабілітації потребує від психолога постійно формувати хворому оптимістичний погляд в майбутнє, та повернення до повноцінного життя [13].

У зв'язку з цим, вивчення реакцій когнітивних функцій (до і після операції) хворим, яким проводиться кардіохірургічне втручання в умовах довготривалої перфузії, залишається недостатньо вивченим та актуальним. Не уточнено психопатологічний статус хворих з розширювальною аневризмою аорти до операційного втручання з ретроградною перфузією та у післяопераційному періоді.

Література

1. Бурлачук Л.Ф. // Словарь – справочник по психодиагностике. 3-е изд. – СПб: Питер 2008 с.350-351
2. Васильева Н.Ю., Жаринов О.И., Куць В.А., Епачинцева О.А. / Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Украинський кардіологічний журнал 5/2009 с.91
3. Гофмана А.Г. / Психиатрия справочник практического врача : МЕД Пресс – информ, 2006 с.22-23.
4. 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
5. "Кардіальні" маски при розширювочій аневризмі аорти Зербіно Д.Д., Кияк Ю.Г., Кузик Ю.І. / Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького с. 4-7
6. Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.1 с.39-45; с.238- 241
7. Карелина А.А. // Психологические тесты в 2 т. Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – Т.2 с.229-230;

8. Князькова Л.Г., Мозутнова Т.А., Захарова С.Л., Сидельников С.Г., Ломиворотова В.В. Анестезиология, реаниматология и перфузиология // Специфические Белки нервной ткани в оценке повреждения мозга при операциях на дуге аорты в условиях длительных гипотермических перфузий №2- 2008 с.1
9. Кузик Ю.І. Медіанекроз аорти – розширююча аневризма аорти: етіологія та морфогенез: Дис. канд. мед. наук: 14.03.02 / Львівський держ. медичний ун-т ім. Данила Галицького с. 149-155
10. Кузик Ю.І. Український кардіологічний журнал // Розширюючі аневризми аорти та гостра коронарна недостатність особливості диференціальної діагностики 4/2008 с.1
11. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая Психология 1-е издание – Москва 2005 с. 253-255.
12. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. / Клиническая Психология 2-е издание – Москва 2005 с.249-250.
13. Лядова К.В., Переображенский Н.В. и др. / Реабилитация кардиологических больных – М: ГЭОТАР-Медия, 2005, с.288
14. Психиатрия. Национальное руководство / Глав. Ред. акад. РАМН Дмитриева Т.Б., проф. Краснов В.Н., проф. Незнанов Н.Г. и т.д., Редактор Александровский Ю.А. – Москва «ГЭОТАР-Медия» 2009г. с.23-27
15. Середюк Н.Н., Вольвин В.М., Якимчук В.Н. и др. Особенности течения расслаивающей аневризмы аорты // Врачебное дело. – 1990. – № 3. – С. 55-57.
16. Ситар Л.Л., Кравченко И.Н. Аневризмы грудной аорты // Лікування та діагностика. – 1999–2000. – № 4–1. – с. 44-46.
17. Султанамиев Т.А. Трудности в диагностике аневризм грудной аорты // Здоровоохранение Казахстана. – 1989. – № 6. – С. 60-61.
18. Фуштей И.М. / Особенности введения пациентов перенесших аортокоронарное шунтирование, в раннем эпизоде послеоперационном периоде / Ліки України 2008 №9(125-0126) листопад- грудень с.31-35

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (обзор литературы)

К.И. Тарновецкая, А.Ю. Лагутин

В статье рассматриваются этапы диагностического процесса по выявлению психических расстройств непсихотического регистра у кардиохирургических больных с расслаивающей аневризмой аорты. Показан приоритет исследования когнитивной и эмоционально-волевой сферы.

Ключевые слова: психопатологический статус, расслаивающаяся аневризма аорты, экспериментально - психологическое исследование

PSYNOPATHOLOGIC STATE AND EXPEREMENTAL PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION IN PATIENTS WITH DEFFECTING AORTIC ANEURISM FOLLOWING CARDIOSURGICAL INTERVENTIONS (Literature review)

К.І. Tarnovetska, А.Yu. Lagutin

In the article were investigated the stages of the process of the diagnostic of psychic disorders non psychotic registry in cardio surgical patients with defecting aortic aneurism. Priority of the investigations of the cognitive and emotional-will sphere was showing.

Keywords: psychopathologic state, defecting aortic aneurism, experimental psychological investigation