

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)
Факультет психологии

Кафедра медицинской психологии и психофизиологии

Выпускная квалификационная работа на тему:

***ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология
основная образовательная программа Клиническая психология
специализация: Клиническая психодиагностика, консультирование и психотерапия

Выполнила:
студентка 6 курса 1 группы
очной формы обучения
Григорьева Ольга Сергеевна

Рецензент:
Кандидат психологических наук,
доцент кафедры клинической психологии
и психологической помощи РГПУ им.
А.И. Герцена
Круглова Надежда Евгеньевна

Научный руководитель:
Доктор психологических наук,
профессор, и.о. зав. кафедрой
медицинской психологии
и психофизиологии
Щелкова Ольга Юрьевна

Санкт-Петербург
2018

АННОТАЦИЯ

Для изучения динамики когнитивных функций пациентов ИБС после перенесенной операции коронарного шунтирования было обследовано 56 пациентов ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург). Пациенты были разделены на две группы: в первую вошло 28 пациентов пожилого возраста, во вторую – 28 пациентов среднего возраста. Проведено комплексное изучение особенностей и нарушений когнитивной деятельности больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование, их динамики в периоперационный период, связи с клиническими, демографическими, а также эмоционально-личностными, психосоциальными и возрастными характеристиками больных. Были использованы клинико-психологическое интервью и психодиагностические методы: «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS); «Методика последовательных соединений»; Субтесты «Сходства» и «Кубики Кооса» из «Шкалы Векслера для исследования интеллекта взрослых» (WAIS); «10 слов»; «Запоминание рассказов»; «Простые аналогии»; «Тест зрительной ретенции» А. Бентона; «Тест интерференции» Струпа. Для статистической обработки данных были применены статистические критерии χ^2 -Пирсона, U-Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента и T-Вилкоксона. Результаты: У больных ИБС пожилого возраста в послеоперационном периоде коронарного шунтирования выявлено снижение показателей вербально-логического мышления, отмечается положительная динамика показателей логической памяти, а у пациентов среднего возраста – положительная динамика показателей пространственно-конструкторского мышления. Также выявлено, что показатели темпа психической деятельности, переключаемости активного внимания, селективности внимания пациентов как пожилого, так и среднего возраста на каждом из этапов исследования достоверно ниже, чем в нормативной выборке. Кроме этого, наблюдаются значимые различия по ряду клинических и психосоциальных характеристик между группами.

ABSTRACT

This graduation work is about the dynamics of cognitive functions of elderly patients, undergoing coronary artery bypass grafting. This research is devoted to the actual in clinical psychology problem of rehabilitation of patients with chronic diseases, such as coronary heart disease (CHD or ischemic heart disease). 56 patients from Federal Almazov North-West Medical Research Centre (St. Petersburg) took part in the study of factors of cognitive status to patients with CHD patients after coronary bypass surgery. There are 28 elderly patients in first group and 28 middle-aged patients in second group. We used a clinical psychology interview and following psycho diagnostic methods: «Integrative anxiety test» (ITT), «Toronto alexithymic scale» (TAS); «Trail Making Test (TMT)»; Subtests of "Similarities" and «The Block Design Tests (Kohs)» from the «Veksler Scale for the Study of the Intelligence of Adults» (WAIS); «10 words»; «Remembering stories»; «Simple analogies»; «Test of visual retention» A. Benton; «Interference Stroop Task». Moreover, structured interview was used to collect and study information about patient's socio-demographic and psychosocial characteristics. For the data processing we used statistical methods: Pearson's χ^2 -test, Mann-Whitney U-test, Independent Samples T-test and T-Wilcoxon. Analysis of the dynamics of cognitive functions of patients showed a positive dynamics in elderly patients in terms of logical memory and a decrease in indicators of verbal-logical thinking. Also, analysis of the dynamics of cognitive functions showed a positive dynamics in middle-aged patients in terms of spatial-constructive thinking. It was also found that the rates of mental activity, the switch ability of active attention, the selectivity of attention of patients in both the elderly and middle age at each stage of the study are significantly lower than in the normative sample. Furthermore, there are significant differences in clinical and psychosocial characteristics among groups.

СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация	2
Введение.....	6
Глава 1. Аналитический обзор литературы	11
1.1. Клинические характеристики ишемической болезни сердца	11
1.2. Психологические особенности больных ишемической болезнью сердца	17
1.3. Когнитивные функции у больных ишемической болезнью сердца	23
1.4. Психологические аспекты операции коронарного шунтирования.....	28
1.5. Когнитивные нарушения у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста после коронарного шунтирования.....	33
Глава 2. Материалы и методы исследования	45
2.1. Материал исследования.....	45
2.2. Методы исследования.....	57
2.2.1. Клинико-психологический метод.....	57
2.2.2. Психодиагностический метод.....	58
2.2.3. Методы математико-статистической обработки данных	70
Глава 3. Результаты психологического исследования.....	72
3.1. Результаты клинико-психологического исследования	72
3.2. Результаты сравнительного динамического психодиагностического исследования лиц пожилого и среднего возраста	79
3.3. Результаты сравнительного исследования пациентов пожилого возраста с различной динамикой когнитивного функционирования в периоперационном периоде	93
Обсуждение результатов.....	98
Выводы	110
Заключение.....	113

Список литературы	117
Приложения	130

Введение

Нарушения высших мозговых функций являются одним из наиболее частых и дезадаптирующих осложнений, возникающих на фоне ишемической болезни сердца. Когнитивные нарушения, особенно выраженные, могут приводить к значительным ограничениям в работе, социально-бытовой сфере, самообслуживании пациентов. Во всех случаях существенно снижается качество жизни пациентов. Когнитивная недостаточность не позволяет в полной мере выполнять рекомендации врача по лечению основного сосудистого заболевания, приведшего к поражению головного мозга. Снижается эффективность реабилитационных мероприятий.

Актуальность исследования когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца можно определить некоторыми тенденциями.

В настоящее время ишемическая болезнь сердца, как самая распространенная в структуре сердечно-сосудистых заболеваний, является одной из основных терапевтических проблем и, согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, она приобрела в современном обществе почти эпидемический характер. В течение многих лет ишемическая болезнь сердца является главной причиной смертности населения [2, 42].

Число больных, оперируемых по поводу ишемической болезни сердца, в последние годы постоянно возрастает [70], так как с существенными демографическими изменениями возрастной структуры населения увеличивается доля пациентов пожилого и старческого возраста.

Старение населения является актуальнейшей проблемой современности, одной из самых значительных социальных тенденций XXI века. По международным критериям население считается старым, если доля в нем людей в возрасте 65-ти лет и более превышает 7%. В начале 2010 года, по данным Росстата, почти каждый восьмой россиянин, то есть 12,9% жителей страны, находился в возрасте 65 лет и более. В перспективе масштабы старения населения России приобретут еще больший характер. Согласно

официальному демографическому прогнозу в 2030 году доля населения в возрасте 65 лет и более возрастет до 18% (по наиболее оптимистическому варианту роста общей численности жителей России) и до 19,4% (при пессимистическом варианте) [33].

В связи с этим важной задачей современной клинической медицины является профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, распространенных в пожилом возрасте, в том числе ишемической болезни сердца.

В последнее время ишемическая болезнь сердца довольно часто встречается и у лиц более молодого возраста, например, у мужчин в возрасте до 40 лет [77].

Современные достижения в операционной и перфузионной техниках, различные способы защиты головного мозга сократили частоту фатального и грубого поражения центральной нервной системы и на первый план вышли менее выраженные нарушения, проявляющиеся изменениями высших психических (когнитивных) функций. Эта проблема признается в настоящее время одной из актуальных и значимых с медико-социальной точки зрения [69].

Коронарное шунтирование, как эффективный метод хирургического лечения ишемической болезни сердца, улучшает качество жизни пожилых пациентов и увеличивает ее продолжительность, однако в послеоперационном периоде у перенесших коронарное шунтирование могут развиваться нарушения высших психических функций [80, 2, 42].

Немногочисленные исследования свидетельствуют о том, что пожилой возраст не является противопоказанием к операции прямой реваскуляризации миокарда [2], но проблема возникновения личностных изменений и когнитивных способностей у пожилых пациентов остается открытой и требует комплексного исследования.

Данное исследование направлено на изучение динамики когнитивного функционирования у лиц пожилого возраста больных ишемической болезнью

сердца, перенесших операцию коронарного шунтирования, в периоперационном периоде. Для выявления специфики когнитивного функционирования данной возрастной группы была изучена динамика когнитивного функционирования больных ИБС среднего возраста, также перенесших операцию коронарного шунтирования. При формировании возрастных групп мы опирались на разделение возрастных периодов жизни человека, принятой Всемирной организацией здравоохранения, согласно которому: возраст 45 – 59 лет называется средним, 60 – 74 года – пожилым, 75 – 89 лет – старым, а люди старше 90 лет считаются долгожителями [79].

Целью исследования является анализ динамики когнитивных функций больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста в периоперационном периоде коронарного шунтирования в сопоставлении с динамикой когнитивных функций пациентов среднего возраста (периодизация ВОЗ).

Основными задачами исследования являются:

1. Сравнительный анализ основных клинико-психологических и психосоциальных характеристик больных ИБС пожилого и среднего возраста, перенесших коронарное шунтирование.

2. Выявление динамики сенсомоторных функций, активного внимания и умственной работоспособности больных ИБС пожилого и среднего возраста в периоперационном периоде (до и после) коронарного шунтирования.

3. Выявление динамики основных характеристик мнестической деятельности больных ИБС пожилого и среднего возраста в периоперационном периоде коронарного шунтирования.

4. Выявление динамики основных характеристик понятийного (абстрактно-логического) и образно-пространственного мышления больных ИБС пожилого и среднего возраста в периоперационном периоде

коронарного шунтирования.

5. Выявление динамики эмоционального состояния больных ИБС пожилого и среднего возраста в периоперационном периоде коронарного шунтирования.

6. Сравнительный анализ динамики показателей когнитивной деятельности и эмоционального состояния больных ИБС пожилого и среднего возраста в периоперационном периоде коронарного шунтирования; сравнение этих показателей с нормативными данными.

7. Исследование и сравнительный анализ уровня алекситимии больных ИБС пожилого и среднего возраста, перенесших коронарное шунтирование.

8. Сравнительный анализ основных клинических, психосоциальных и эмоционально-личностных характеристик больных ИБС пожилого возраста с различной динамикой (улучшением и ухудшением) когнитивного функционирования после коронарного шунтирования.

Объект исследования: когнитивные функции пациентов пожилого возраста с ишемической болезнью сердца в периоперационном периоде коронарного шунтирования.

Предмет исследования: динамика когнитивных функций больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста, перенесших коронарное шунтирование, а также социально-демографические, психосоциальные, индивидуально-личностные, клинические и эмоциональные характеристики пациентов.

Основные гипотезы исследования:

1. Существует динамика показателей когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста в периоперационном периоде коронарного шунтирования; эта динамика отличается от соответствующей динамики лиц среднего возраста.

2. Группы больных ИБС пожилого возраста, перенесших

коронарное шунтирование, с положительной и отрицательной динамикой когнитивного функционирования в периоперационном периоде отличаются по клиническим, а также психосоциальным характеристикам.

Дипломная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка используемой литературы и приложения.

Глава 1. Аналитический обзор литературы.

В настоящей главе представлены основные клинические характеристики ишемической болезни сердца, психические особенности и когнитивные функции больных ишемической болезнью сердца, психологические аспекты операции коронарного шунтирования, а также нарушения у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста после коронарного шунтирования.

1.1. Клинические характеристики ишемической болезни сердца.

Ишемическая болезнь сердца – одна из центральных проблем медицины. В группе сердечно-сосудистых заболеваний она является основной причиной смерти.

Ишемическая болезнь сердца – это патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий [28].

Термин «ишемическая болезнь сердца» был принят Всемирной организацией здравоохранения в 1965 году [28]. Синонимом термина «ишемическая болезнь сердца» является термин «коронарная болезнь сердца».

Поражение коронарных артерий может быть органического или функционального генеза. Органическое поражение – атеросклероз коронарных артерий, функциональные факторы – спазм, преходящая агрегация тромбоцитов и тромбоз [38].

Наиболее частой причиной нарушения коронарного кровотока является атеросклероз. Именно атеросклеротические процессы в венечных сосудах сердца обуславливают острую и хроническую ишемию миокарда. Если не наблюдается видимых нарушений коронарных артерий сердца, то полагают, что причиной ишемии миокарда может быть нарушение нервной регуляции артерий, приводящее к их спазму [38].

Основной патофизиологической особенностью ишемической болезни сердца является остро возникшее или хроническое несоответствие между потребностями миокарда в кислороде и возможностями коронарного кровотока обеспечить эти потребности [77]. При этом в первую очередь страдают слои миокарда, расположенные под эндокардом. В результате ишемии развиваются нарушения сократительной функции соответствующего участка сердечной мышцы. Кроме нарушения механической функции миокарда возникают изменения биохимических и электрических процессов в сердечной мышце. В зависимости от продолжительности ишемии миокарда изменения могут быть обратимыми или необратимыми (некроз миокарда – инфаркт). Последовательность патологических изменений при ишемии миокарда такова: 1) нарушения расслабления миокарда (нарушение диастолической функции), 2) нарушение сократимости миокарда (нарушение систолической функции), 3) изменение на ЭКГ, 4) болевой синдром [29].

В последние годы в ходе популяционно-эпидемиологических исследований были выделены факторы риска ишемической болезни сердца, способные привести к возникновению коронарного атеросклероза и влиять на его развитие. К ним относят: 1) образ жизни (диета с высоким содержанием холестерина, табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, низкая физическая активность); 2) физиологические характеристики (повышенный уровень общего холестерина в плазме крови, повышенное артериальное давление, сахарный диабет, ожирение, а также факторы, способствующие тромбообразованию); 3) индивидуальные характеристики (возраст, пол, отягощенный семейный анамнез в отношении атеросклероза и ишемической болезни сердца). Сочетание нескольких факторов риска значительно увеличивает вероятность возникновения ишемической болезни сердца [28].

В настоящее время в Российской Федерации и странах СНГ среди практических врачей по-прежнему популярной остается классификация ишемической болезни сердца, разработанная сотрудниками ВКНЦ АМН

СССР в 1984 году на основе классификации ишемической болезни сердца, предложенной в 1979 году рабочей группой экспертов Всемирной организации здравоохранения [77].

Клинические формы ИБС:

1. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца)
2. Стенокардия
 - 2.1. Стенокардия напряжения
 - 2.1.1. Впервые возникшая (de novo)
 - 2.1.2. Стабильная (с указанием функционального класса от I до IV)
 - 2.1.3. Прогрессирующая стенокардия напряжения
 - 2.2. Спонтанная стенокардия
3. Инфаркт миокарда
 - 3.1. Крупноочаговый (трансмуральный)
 - 3.2. Мелкоочаговый
4. Постинфарктный кардиосклероз
5. Нарушение сердечного ритма (с указанием формы)
6. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии) [77].

Эта классификация продолжает быть актуальной и сегодня, однако за промежуток времени с 1984 года произошли большие изменения в понимании проблемы ишемической болезни сердца.

Современная классификация ИБС:

Клинические формы

1. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца)
2. Стенокардия
 - 2.1. Стенокардия напряжения
 - 2.1.1. Впервые возникшая (de novo)
 - 2.1.2. Стабильная (с указанием функционального класса от I до IV)
 - 2.1.3. Прогрессирующая стенокардия напряжения
 - 2.2. Спонтанная стенокардия
3. Инфаркт миокарда

- 3.1.С зубцом Q (крупноочаговый, трансмуральный)
- 3.2.Без зубца Q (мелкоочаговый, интрамуральный, субэндокардиальный)
- 4. Кардиосклероз постинфарктный
- 5. Недостаточность кровообращения (ишемическая кардиопатия)
- 6. Нарушение сердечного ритма
- 7. Безболевая («немая») ишемия
- 8. Микроваскулярная (дистальная) ИБС
- 9. Новые ишемические синдромы («оглушение» миокарда, «гибернация» миокарда, ишемическое прекондиционирование миокарда)

Примечание: стенокардия впервые возникшая, прогрессирующая и спонтанная являются формами нестабильной стенокардии [77].

В медицинских учреждениях Российской Федерации статистический учет заболеваний производится по МКБ-10.

Стенокардия – одна из наиболее распространенных форм ишемической болезни сердца. Это заболевание, характеризующееся приступами загрудинных болей, возникающими в ответ на повышение кислородно-метаболической потребности миокарда вследствие физического или эмоционального напряжения [84].

Инфаркт миокарда – это острая форма ишемической болезни сердца, представляющая собой ишемический некроз сердца, возникающий вследствие острого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и доставкой его по коронарным сосудам [28].

Факторами риска являются характерные для данного индивидуума или популяции факторы, которые значительно увеличивают риск развития ишемической болезни сердца по сравнению с лицами, которые этих факторов не имеют. Устранение или коррекция некоторых факторов риска позволяет снизить заболеваемость и смертность при ишемической болезни сердца. В настоящее время наиболее известной и популярной является концепция факторов риска, разработанная Американским кардиологическим колледжем в 1996 году.

Различают четыре категории факторов риска:

Категория 1 – факторы, устранение которых достоверно уменьшает риск развития болезни (курение, повышенный уровень холестерина в крови низкой плотности, артериальная гипертензия).

Категория 2 – факторы, коррекция которых с большой вероятностью снижает риск развития ишемической болезни сердца (сахарный диабет, снижение уровня холестерина высокой плотности, гиподинамия, избыточная масса тела, менопауза и постменопаузальный период).

Категория 3 – факторы, коррекция (модификация) которых с меньшей вероятностью снижает риск развития ишемической болезни сердца (чрезмерное употребление алкоголя, психосоциальный стресс, тип личности «А», высококалорийное питание с большим содержанием животных жиров).

Категория 4 – факторы, которые не могут быть модифицированы (коррегированы), или воздействие на которые не приводит к снижению риска развития ишемической болезни сердца (пожилой возраст, мужской пол, семейный анамнез раннего развития ИБС) [77].

Сочетание нескольких факторов увеличивает вероятность развития ишемической болезни сердца в значительно большей степени, чем наличие одного фактора.

Лечение ишемической болезни сердца зависит от клинической формы. Тактика лечения, режим активности и подбор лекарственных препаратов могут кардинально отличаться. Целью лечения стенокардии является: улучшение прогноза путем предупреждения инфаркта миокарда и снижения смертности; уменьшение (устранение) симптомов заболевания [28].

Лечение стабильной стенокардии ведется по нескольким направлениям: 1) воздействие на факторы риска; 2) медикаментозное лечение собственно стабильной стенокардии; 3) инвазивные и хирургические методы [28].

Мерами общего воздействия на факторы риска, рекомендованными Американским колледжем кардиологов и Американской ассоциацией сердца,

полезность и эффективность которых доказана и не вызывает сомнения у экспертов, являются мероприятия: лечение артериальной гипертонии; прекращение курения; лечение сахарного диабета; физические тренировки; гиполипидимическая терапия; снижение избыточной массы тела при наличии артериальной гипертонии, дислипидемии или сахарного диабета [77].

К вмешательствам, полезность и эффективность которых убедительно не доказаны (или мнения экспертов неоднозначны), относятся: гормональная терапия в постменопаузе; снижение избыточной массы тела при отсутствии артериальной гипертонии, дислипидемии или сахарного диабета; терапия фолиевой кислотой; выявление и лечение депрессии; уменьшение стресса [28].

Медикаментозное лечение ишемической болезни сердца направлено на профилактику инфаркта миокарда и внезапной коронарной смерти, облегчение симптомов болезни (купирование приступов, уменьшение их частоты), улучшение метаболизма миокарда.

Каждая клиническая форма ишемической болезни сердца имеет свои особенности медикаментозного лечения [38].

Высокоэффективным методом оказания помощи больным со стенокардией высокого функционального класса, резистентной к медикаментозной терапии, является реваскуляризация миокарда – коронарное шунтирование, пластика и стентирование коронарных артерий [35].

Коронароангиопластика является методом инвазивной (или интервенционной) кардиологии. При проведении коронароангиопластики, как правило, в коронарные артерии вводят стенты – металлические или пластиковые эндоваскулярные протезы [38].

«Коронарное шунтирование – хирургическое вмешательство с использованием артериальных и венозных сосудов самого больного для создания нового русла в обход пораженных участков коронарных артерий» [55].

Наиболее часто операцию реваскуляризации миокарда проводят с

использованием искусственного кровообращения. Коронарное шунтирование без искусственного кровообращения является технологически не рутинным, а сложным вмешательством, и рекомендовано для проведения только в высокоспециализированных центрах [3].

Жизненный прогноз ишемической болезни сердца определяется клинической формой и степенью ее тяжести, его можно назвать условно неблагоприятным. Заболевания является хроническим и прогрессирующим. Лечение только останавливает или значительно замедляет его развитие.

1.2. Психологические особенности больных ишемической болезнью сердца.

Влияние хронических соматических заболеваний на психику, в том числе и ишемической болезни сердца, может носить патогенный характер и приводить к нарушениям психической деятельности человека. «Соматическое заболевание, изменяя деятельность всего организма, может оказывать патогенное влияние на психику человека, нарушая его познавательную деятельность, эмоциональное состояние и даже устойчивые свойства личности. Сам факт заболевания (постановка диагноза) может выступать в качестве психотравмирующего фактора и способствовать развитию психогении» [20, с. 45-46].

На сегодняшний день установлено, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный, выступающие в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Соматогенное влияние болезни на психику связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей и интенсивных болевых ощущений. И при этом непосредственное воздействие на головной мозг вызывает нарушения в нервно-психической сфере. По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений – от неврозоподобных нарушений до

психотических расстройств.

Основной формой влияния соматического заболевания на психику человека является психогенное – тяжелая психологическая реакция личности на болезнь и ее последствия [76].

В механизмах взаимоотношений психики и сомы большую роль играют так называемые механизмы «замкнутого круга». Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (семе), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так, по «замкнутому кругу» развертывается целостная картина болезни [76].

Любая соматическая болезнь ведет к формированию нового психологического образования – внутренней картины болезни. «Внутренней же картиной болезни и называют все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, — все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм» [67].

Тяжесть клинических проявлений, астения, болевые ощущения, трудная жизненно-психологическая ситуация – это факторы, влияющие на собственную оценку болезни и формирующие окончательное отношение к своему заболеванию.

На основании различных сторон болезни (уровень болевых ощущений, эмоции, знания и размышления больного о его заболевании, мотивации) определяется «объем переживаний» и поведения в целом. При адекватном типе реагирования (нормозогнозия) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, при гипернозогнозии – склонны переоценивать значимость болезни, а при гипозогнозии – склонны их недооценивать. Анозогнозия — отсутствие критической оценки больным

своего дефекта или заболевания.

Выделяют три главных типа реакции больного на заболевание: стеническое, астеническое и рациональное. Стеническая реакция – у больных с активной жизненной позицией. При астенической реакции на заболевание у больных имеется склонность к пессимизму и мнительности. При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации [87].

Психические расстройства – одно из частых осложнений ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Патогенез психических расстройств при ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда имеет три основных компонента: общесоматический, общемозговой и психологический. Общесоматический компонент – патология внутренних органов, связанная прежде всего с явлениями общего атеросклероза сосудов и ведущая к нарушению обменных процессов в организме, включая центральную нервную систему. Общемозговой компонент – нарушения мозгового кровообращения, возникающие в связи с патологией сердечной деятельности и рефлекторным изменением тонуса сосудов головного мозга. У всех больных, умерших от инфаркта миокарда, обнаруживаются органические изменения в сосудах и в паренхиме головного мозга, складывающиеся в картину гипоксической энцефалопатии. Психологический фактор – реакция личности больного на соматическое страдание, на сердечный болевой синдром с тревожным ожиданием неблагоприятного исхода болезни. Он зависит от особенностей преморбидной личности (личностных качеств до начала заболевания), от знаний больного о своей болезни и возможных ее последствиях, что образует вместе с симптомами органических поражений «внутреннюю картину болезни» [103].

Психические расстройства при ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда проявляются по-разному на различных этапах заболевания. У больных ишемической болезнью сердца с приступами стенокардии наблюдается астения с повышенной утомляемостью,

раздражительностью, колебаниями настроения, на этом фоне нередко возникают навязчивые мысли о болезни и тревожные опасения, связанные с ожиданием очередного приступа. Возможны так же ипохондрические идеи сверхценного характера, при которых больные преувеличивают тяжесть имеющегося заболевания. Ипохондрические явления бывают особенно выраженными и стойкими при наличии церебрального атеросклероза с характерным для него органическим снижением личности [103].

В продромальном (прединфарктном) периоде инфаркта миокарда возникают психические расстройства, свидетельствующие о нарастании ишемии головного мозга. Все окружающее больные воспринимают нечетко, с трудом, не могут сосредоточиться на умственной деятельности. Одновременно нарастает тревожное предчувствие опасности, тоска, а иногда появляется необоснованная эйфория с двигательным беспокойством и суебливостью [103].

В остром периоде инфаркта миокарда возникает мучительный страх смерти. Чем тяжелее и обширнее поражение мышцы сердца, тем больше вероятность возникновения вместо страха и тоски эйфории. Больные не могут осмыслить тяжесть своего состояния, игнорируют указания врача, много говорят, отказываются от лекарств, заявляют, что они здоровы [103].

Общим для всех состояний в острой стадии тяжелого инфаркта миокарда с выраженными нарушениями кровообращения является оглушение сознания. Оно проявляется в виде трудности понимания смысла происходящих событий, снижения умственной активности, отрешенности от окружающего. Психические изменения в острой стадии инфаркта миокарда представляют собой не столько естественную реакцию на тяжелое соматическое состояние, сколько результат грубого нарушения мозговой деятельности вследствие ишемии головного мозга. После выхода из тяжелого состояния возникает астения с тревогой, снижением настроения и бессонницей. Возможны острые психозы с нарушением сознания по типу делирия. Особенно часто они наблюдаются у лиц, ранее перенесших черепно-

мозговую травму, иные органические заболевания головного мозга и у злоупотребляющих алкоголем [103].

В подостром периоде инфаркта миокарда преобладает астения с большой утомляемостью и колебаниями настроения. Больные становятся раздражительными, капризными, слезливыми, их беспокоят разговоры окружающих, шум транспорта, яркий свет. В отличие от острого периода болезни, при котором психические нарушения определялись в основном патологией мозгового кровообращения, в подостром периоде особое значение приобретают личностные переживания. У людей целеустремленных, с широким кругом социальных интересов быстрыми темпами идет восстановление психического здоровья. Напротив, у людей с тревожно-мнительными чертами характера, с ограниченным кругом интересов, эгоистичных имеется повышенная склонность к ипохондрическому развитию личности [103].

Большую роль в происхождении психических расстройств играют дополнительные патогенетические факторы, в частности возраст. У лиц старше 60-ти лет психические расстройства встречаются почти в 2 раза чаще, чем в более молодом возрасте. При повторных инфарктах миокарда они наблюдаются в 2,5 раза чаще, чем при первом инфаркте миокарда [103].

Профиль личности больного ишемической болезнью сердца называют коронарным, или типом А. Классическое описание личности этого типа было представлено Р. Розенманом и М. Фридманом в 1959 году. Особенности личности больных ишемической болезнью сердца являются: энергичность, честолюбие, целеустремленность, деятельность, стремление к соревнованию, соперничеству, идентификация себя с работой, ощущение нехватки времени, неспособность отдыхать и расслабляться. Открытость и доступность к контакту в поведении сочетается с противоположной установкой, прежде всего со страхами, связанными с ригидностью поведения в целом. Ситуации перегрузки и конфликтов они пытаются решать призывами к себе самим больше торопиться, быть еще сильнее и совершеннее [20, 89].

В сравнительном исследовании эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца установлено, «...что выраженность эмоционально-негативных психических состояний различно у больных ишемической болезнью сердца с различными формами болезни. Проявления депрессивных состояний являются более выраженными у пациентов с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией и менее выраженными у пациентов со стабильной стенокардией напряжения. Тревожность наиболее выражена у больных с нестабильной стенокардией, в сравнении с группой больных с инфарктом миокарда и стабильной стенокардией напряжения. По показателям астении и нервно-психического напряжения статистически достоверных различий между группами пациентов с разными клиническими формами ишемической болезни сердца не обнаружено» [23].

В исследовании динамики эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца было установлено: «у больных с инфарктом миокарда отмечается снижение проявлений эмоциональных состояний астеничного круга (астения, депрессия, тревога) и увеличение выраженности стеничных состояний (напряжения, агрессивные проявления). У пациентов со стабильной и нестабильной стенокардией выявлено повышение показателей депрессии к моменту повторного обследования. В группе больных ишемической болезнью сердца с нестабильной стенокардией отмечено повышение уровня ряда показателей тревоги» [22].

Итак, при различных формах ишемической болезни сердца отмечается различная динамика эмоциональных состояний.

«Центральное место в структуре психических нарушений при хронических соматических заболеваниях занимают расстройства астенического, тревожного и депрессивного круга» [20, с. 46], и в частности, при ишемической болезни сердца.

Б.Д. Карвасарский отмечал, что тяжелое хроническое соматическое

заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет его возможности в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни. В связи с этим наблюдаются снижения волевой активности, ограничение круга интересов, вялость, апатичность, нарушение целенаправленной деятельности с падением работоспособности, обеднением и оскудением всего психического облика [56].

1.3. Когнитивные функции у больных ишемической болезнью сердца.

Под когнитивными (познавательными) функциями принято понимать наиболее сложно организованные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира [49].

К ним относятся:

- 1) внимание – способность поддерживать оптимальный для умственной деятельности уровень активации коры головного мозга, умение выделять нужную информацию из общего афферентного потока и концентрироваться на наиболее актуальных целях и текущих задачах;
- 2) память – способность запечатлевать, сохранять и в нужный момент воспроизводить необходимую информацию;
- 3) гнозис – способность воспринимать и распознавать информацию различной модальности;
- 4) праксис – способность планировать и осуществлять последовательность движений, необходимых для осуществления поставленной цели;
- 5) речь – способность понимать и выражать мысли с помощью слов;
- 6) мышление – способность анализировать информацию, выявлять сходство и различия между ее составными частями, умение выносить суждения и умозаключения [49].

Когнитивные функции формируются в результате интегрированной деятельности разных отделов головного мозга. Согласно концепции А.Р.Лурия, каждый отдел головного мозга вносит свой специфический вклад в формирование когнитивных функций.

«...такие психические процессы, как восприятие и запоминание, гнозис и праксис, речь и мышление, письмо, чтение и счет, не являются изолированными и неразложимыми «способностями» и не могут рассматриваться как непосредственные функции ограниченных клеточных групп, локализованные в определенных участках мозга» [66, с. 76].

«...высшие психические функции как сложные функциональные системы не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных клеточных группах, а должны охватывать сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга» [66, с. 77].

«Гиппокамп, мамиллярные тела, медиальные ядра таламуса и связанные с ними структуры (круг Пейпеца) отвечают за поддержание надлежащего уровня внимания и запоминание новой информации. Задние отделы коры (теменные, височные и затылочные доли) обеспечивают восприятие, обработку, распознавание и сохранение информации. Роль лобных долей заключается в выборе цели деятельности, разработке программы для достижения поставленной цели и контроле за выполнением программы (так называемые «управляющие функции»)» [49, с. 19].

Когнитивные расстройства – это снижение когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем вследствие какого-либо заболевания, чаще всего органической патологии головного мозга [44].

Когнитивные нарушения по своей природе бывают функциональные и органические. Функциональные нарушения в познавательной сфере формируются в отсутствие прямого поражения головного мозга

(переутомление, стрессы, постоянное перенапряжение, отрицательные эмоции). Они не считаются опасными и существенно уменьшаются после ликвидации причины нарушений. Органические нарушения когнитивной сферы возникают вследствие повреждения головного мозга в результате заболеваний.

Расстройства когнитивных функций характеризуются специфической симптоматикой, которая зависит от того, в какой степени выраженности находится патологический процесс, и какие отделы головного мозга он затрагивает.

В соответствии с классификацией, предложенной академиком Яхно Н.Н., когнитивные нарушения в зависимости от тяжести разделяют на легкие, умеренные и тяжелые.

Легкие когнитивные нарушения выявляются с помощью наиболее чувствительных нейропсихологических тестов и не оказывают влияния на повседневную активность. Однако, субъективно осознаются и вызывают беспокойство. Обычно отражаются в жалобах больного, но не обращают на себя внимания окружающих.

Умеренные когнитивные нарушения представляют собой моно- или полифункциональные когнитивные расстройства, которые явно выходят за рамки возрастной нормы, но не ограничивают самостоятельность и независимость, то есть не вызывают дезадаптацию.

Тяжелые когнитивные нарушения характеризуются снижением когнитивных способностей, которое приводит к существенным затруднениям в повседневной жизни, частичной или полной утрате независимости и самостоятельности. Самым частым видом тяжелых когнитивных нарушений является деменция. Деменция представляет собой полифункциональные когнитивные расстройства, обязательным компонентом которых являются нарушения памяти, приводящие к профессиональной, социальной и бытовой дезадаптации [49].

Важнейшим фактором риска когнитивных нарушений являются

заболевания сердечно-сосудистой системы.

При ишемической болезни сердца явления гипоксии приводят к нарушениям деятельности центральной нервной системы. При тяжелом течении ишемической болезни сердца могут наблюдаться нарушения познавательной деятельности: изменение ее динамики, снижение силы побуждений, падение показателей памяти и внимания, быстрая истощаемость [76].

У больных ишемической болезнью сердца наблюдается снижение умственной работоспособности. Такие больные для адекватной переработки нового материала нуждаются в условиях замедленного восприятия.

При мышлении процесс обобщения чаще всего не нарушен, но при совмещении большого количества признаков может наблюдаться резкое замедление ориентировки в новом задании. На знакомом же материале ориентировка достаточная и сохраняется адекватный способ действия [95].

Наиболее характерным признаком изменения познавательных процессов при ишемической болезни сердца можно считать затруднение при одновременном охвате нескольких элементов ситуации, что является следствием сужения объема восприятия. Основное затруднение при этом представляет операция совмещения нескольких признаков. Вследствие невозможности быстро охватить весь комплекс условий, играющих роль в ситуации, приходится от одновременного восприятия переходить к замедленному последовательному [95].

Практически у всех больных ишемической болезнью сердца отмечается ослабление концентрации и удержания внимания, более или менее выраженные признаки затруднения распределения и переключения внимания с одного признака на другой [95].

Обычно больные жалуются на забывчивость, снижение памяти. Исследования показывают, что в основе этих жалоб лежит сужение объема восприятия. Из-за суженного объема восприятия больные при заучивании десяти слов в первый раз успевают запомнить только несколько первых слов

ряда. При повторении больные стараются фиксировать внимание на ранее пропущенных словах и забывают те, которые говорили в первый раз. Нарращивание запоминаемого материала начинается с третьего-четвертого прослушивания. Продуктивность запоминания снижается за счет трудности охвата и фиксации многих элементов словесного ряда [95].

Сердечно-сосудистые заболевания, включая ишемическую болезнь сердца, приводят к снижению отдельных когнитивных функций и ухудшению когнитивного здоровья в целом. Исследование когнитивного статуса не входит в стандарты обследования кардиологических пациентов. Однако раннее распознавание когнитивных расстройств может помочь предпринять ряд мер, направленных на предупреждение дальнейшего когнитивного снижения и служить долгосрочным ориентиром адекватной терапии кардиоваскулярной патологии. Пациенты с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью хуже выполняют нейропсихологические тесты, направленные на диагностику памяти, внимания и мышления. При выявлении когнитивной дисфункции необходимо тщательное соматическое обследование пациента и активная терапия выявленной соматической патологии [36, 37].

Отмечается, что эффективность лечения когнитивной дисфункции сосудистого генеза выше в преддементный период на стадии легких и умеренных когнитивных нарушений. В свою очередь когнитивные нарушения оказывают негативное влияние на развитие и течение кардиальной патологии, в связи с чем именно больные с додементными когнитивными нарушениями являются объектом перспективного как терапевтического, так и психологического вмешательства [43].

1.4. Психологические аспекты операции коронарного шунтирования.

Задачей жизненной важности является поиск оптимальных методов лечения ишемической болезни сердца [3]. В настоящее время наиболее эффективным из современных методов лечения большинства сердечно-сосудистых заболеваний является хирургическое, так как оно обеспечивает значительное улучшение состояния больного. При ишемической болезни сердца для восстановления адекватного кровоснабжения в зоне ишемии применяется коронарное шунтирование [61].

«Коронарное шунтирование – хирургическое вмешательство с использованием артериальных и венозных сосудов самого больного для создания нового русла в обход пораженных участков коронарных артерий» [55, с. 378].

Впервые в мире (в Ленинграде) хирургическое лечение стенокардии (первый анастомоз на коронарных артериях) применил Василий Иванович Колесов, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, лауреат Государственной премии [126]. В наши дни в мире ежегодно выполняется более полумиллиона операций, и количество их продолжает расти [3].

Цель операции коронарного шунтирования – улучшение кровотока, направленного к сердечной мышце. Новое кровеносное русло обеспечивает полноценное кровоснабжение миокарда.

Операцию коронарного шунтирования можно назвать основным шагом к возвращению пациента к нормальной жизни: уменьшение частоты или полное исчезновение приступов стенокардии, значительное снижение риска возникновения инфаркта миокарда, снижение смертности, увеличение продолжительности жизни. В связи с этим заметно повышается качество жизни – возрастает объем безопасных физических нагрузок, восстанавливается трудоспособность.

Операция коронарного шунтирования может быть проведена с использованием искусственного кровообращения и на «работающем сердце».

В наши дни формулировка показаний к применению того или иного

метода коронарного шунтирования в каждом конкретном случае складывается с учетом анализа эффективности и побочных эффектов проводимой медикаментозной терапии, коронарной анатомии, подтвержденной ишемии, доступных результатов сравнений чрескожного коронарного вмешательства и коронарного шунтирования в подобных ситуациях, оценки технических возможностей и опыта операторов, а также выбора самого больного [3].

В ряду исследований зарубежных авторов особое место отводится характеристикам эмоционального состояния больных до и после операции. Наиболее часто обсуждается депрессия – как реактивное образование и как фактор патогенеза ишемической болезни сердца. Депрессивные расстройства до операции коронарного шунтирования связаны с повышением риска смертности после кардиохирургического вмешательства. По данным исследований в периоде от 4 до 38 месяцев после коронарного шунтирования среди пациентов с предоперационной депрессией показатель смертности достигает 12,5%, тогда как в равных условиях при отсутствии депрессии этот показатель оценивается на уровне 2,2% [42].

Выявлено, что наличие депрессивных симптомов как в пред-, так и послеоперационном периоде коронарного шунтирования приводит к повышению частоты повторных госпитализаций по поводу обострений сердечной патологии. Таким образом, выявление предоперационной депрессии имеет прогностическое значение. Очевидна необходимость прицельного психологического исследования эмоционального состояния больных ишемической болезни сердца, готовящихся к операции коронарного шунтирования [42].

Среди ситуационных факторов наибольшее значение приобретает томительное ожидание предстоящей операции. Особо патогенную роль при этом играет неопределенность срока или перенос даты запланированного хирургического вмешательства, сомнения в возможности благополучного исхода [42].

Далеко не всегда выполнение операции возможно в кратчайшие сроки после определения показаний для оперативного вмешательства. По этой причине образуется «лист ожидания» операции [94].

В ходе исследования было установлено, что отказы от проведения операции коронарного шунтирования среди пациентов, включенных в «лист ожидания», встречаются в 4,8% случаев. Основными причинами отказов от операции были: страх операции, отсутствие жалоб на состояние со стороны сердечнососудистой системы при обычных бытовых нагрузках и недостаточное информирование пациента врачом о целесообразности данного вида вмешательства. Кроме того, важным дополнительным фактором, способствующим отказу от операции, оказалась длительность ее ожидания более месяца. Доверие и взаимопонимание между пациентом и медицинским персоналом, а также участие психологов в выявлении больных с психологическими проблемами могут уменьшить число отказов пациентов от оперативного лечения и страх перед предстоящей операцией [94].

В раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования психопатологические нарушения переживаются в половине случаев в течение 6-12 месяцев после операции. Соматогенные факторы (послеоперационный болевой синдром, депривация сна, общая тяжесть соматического состояния) играют значительную роль в развитии послеоперационной депрессии. Относительно динамики психического состояния больных после коронарного шунтирования выделяют три основных периода: 1) 1–3 сутки – выраженная астения; 2) 3–4-й день после операции – неврозоподобный период; 3) период обратного развития неврозоподобных нарушений. Неврозоподобный этап характеризуется синдромом раздражительной слабости, эмоциональной лабильностью, опасениями по поводу здоровья, ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях, нарушением сна, снижением аппетита; отмечается выраженное негативное влияние психических, прежде всего депрессивных, расстройств на социальный прогноз пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования [42].

Оперативное вмешательство само по себе может выступать стрессогенным фактором и влиять на психоэмоциональное состояние больного, а также на ход лечебно-восстановительных мероприятий [42].

Особенно значима роль психологических факторов в реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования. Кардиореабилитация, кроме улучшения физического здоровья, подразумевает восстановление эмоционального и личностного статуса, социальных позиций, значительное улучшение качества жизни пациента по сравнению с предоперационным периодом. Выявлено, что психологические факторы, определяющие эффективность восстановления после высокотехнологического хирургического лечения сосудов сердца крайне разнообразны и охватывают как индивидуально-психологические особенности, так и характеристики среды, в условиях которой проводится кардиореабилитация. В связи с этим исследование психологических аспектов кардиореабилитации должно иметь комплексный характер [42].

Психологическая реабилитация является неотъемлемой составной частью кардиореабилитации. Основные цели мероприятий по психологической реабилитации предполагают коррекцию эмоциональных состояний (эмоционального напряжения, тревоги и депрессии), отношений к болезни, личностных особенностей. Кроме того, важно достичь оптимального уровня приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций по медикаментозному лечению, немедикаментозной коррекции факторов риска, динамическому наблюдению. Реализация указанных целей необходима для повышения качества жизни больных и улучшения их прогноза [26].

При коррекции эмоционального состояния пациентов следует уделять особое внимание проявлениям эмоционального дискомфорта и астенического компонента тревожности [51].

К факторам благоприятного прогноза относится низкий общий уровень ситуативной тревожности и умеренный (невысокий) уровень

личностной тревожности [42].

Пациенты с преобладанием неконструктивных поведенческих копинг-стратегий в меньшей степени готовы к регулярному наблюдению, соблюдению рекомендаций врача по медикаментозному и немедикаментозному лечению [51].

Эффективность кардиореабилитации существенно зависит от уровня приверженности пациента к лечению. Под приверженностью пациента к лечению (комплаентностью) подразумевают мотивированность пациентов, готовность к регулярному наблюдению, соблюдение рекомендаций врача. Для прогнозирования приверженности пациента к лечению необходима комплексная информация о соматическом, психосоциальном статусе, личностных особенностях больных, что может быть особенно важно для своевременной психокоррекции, профилактики формирования эмоционально негативных состояний, и, соответственно, повышения эффективности реабилитационных мероприятий [51].

В исследовании [65] было выявлено, что факторами, влияющими на приверженность больных к участию в программе реабилитации, являлись типы отношения к болезни с ненарушенной социальной и психической адаптацией (гармоничный, эргопатический, анозогнозический).

Кардиологическая реабилитация больных ишемической болезнью сердца, перенесших плановое коронарное шунтирование, обеспечивает высокую клиническую эффективность, приводит к улучшению прогноза прооперированных больных [64].

Кроме того, критерием эффективности реабилитационных мероприятий может служить такой важный фактор улучшения качества жизни больных с ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование, как возобновление трудовой деятельности [61].

Таким образом, проведенный анализ литературы показывает сложный характер психосоматических и соматопсихических взаимовлияний при ишемической болезни сердца, существенные изменения, которые вносит

болезнь и оперативное лечение в психическую деятельность и поведение больных.

1.5. Когнитивные нарушения у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста после коронарного шунтирования.

Большую актуальность приобретают вопросы оказания эффективной медицинской помощи пожилым пациентам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями. Изменение демографической ситуации, прогресс хирургической техники, расширение критериев отбора пациентов привели к тому, что появилась возможность выполнять коронарное шунтирование больным ишемической болезнью сердца более пожилого возраста, у которых течение болезни отягощено тяжелой сопутствующей патологией [2, 80].

Прямая реваскуляризация миокарда – наиболее эффективный метод лечения ишемической болезни сердца, улучшающий клиническое течение и прогноз болезни [2]. Среди основных преимуществ данного вида хирургического вмешательства выделяют: снижение частоты развития инфаркта миокарда и потребности в повторной реваскуляризации [14]; быстрое облегчение клинических симптомов, снижение длительности госпитального лечения, улучшение качества жизни и уменьшение частоты инфарктов миокарда; смертности в последующий 5-летний период [16]; выраженное снижение функциональных классов стенокардии на отдаленных этапах. Коронарное шунтирование стойко купирует стенокардию и улучшает работу сердца у больных ишемической болезнью сердца в пожилом и старческом возрасте [80].

В современной литературе до настоящего времени ведется полемика о показаниях и противопоказаниях к активному хирургическому лечению ишемической болезни сердца, выбору методик интраоперационной тактики у пациентов пожилого и старческого возраста. К настоящему времени для данной возрастной группы не изучены в полной мере факторы

хирургического риска, а также немногочисленны сведения относительно непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения [80].

Большое значение для решения вопроса о проведении операции имеет ряд факторов: возраст, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний, социальная активность пациента и настроенность его на инвазивное лечение [2].

Сам по себе преклонный возраст не является противопоказанием к операции. Однако, увеличение числа пожилых пациентов в кардиохирургических стационарах реально повысило частоту выявления сочетанных поражений (аортального клапана и коронарных артерий сердца). Этот факт объясняет повышенное внимание ведущих центров к проблеме проведения операций на сердце и сосудах у пациентов преклонного возраста. Отсюда малоинвазивные и гибридные вмешательства, операции на бьющемся сердце и т.д. [2].

Пожилые люди недостаточно представлены в современных масштабных исследованиях (их доля составляет менее 10 %), а те из них, которые входили в исследования, часто не имели тех спектра и выраженности сопутствующих заболеваний, которые присущи пожилым больным ишемической болезнью сердца в рутинной клинической практике. В связи с этим имеющиеся данные доказательной медицины на категорию пожилых пациентов следует распространять с соблюдением особой осторожности [86].

Операция коронарного шунтирования сопряжена с риском как операционных, так и послеоперационных осложнений. Госпитальный послеоперационный период нередко осложняется неврологическими расстройствами, постперикардотомным синдромом, фибрилляцией предсердий. В тоже время в ходе операции происходит травматическое повреждение грудной клетки, перикарда и сосудов. Это существенно влияет на клинико-функциональное состояние больных в постоперационном периоде. Несмотря на снижение частоты развития тяжелых неврологических осложнений, легкие послеоперационные неврологические расстройства, в

первую очередь, снижение уровня когнитивного функционирования, остаются широко распространенной проблемой [41].

Впервые в середине 50-х годов прошлого столетия доктор Бедфорд сообщил о ряде пожилых людей, у которых были отмечены нарушения когнитивных функций после перенесенных хирургических вмешательств в условиях общей анестезии. Сейчас этот феномен широко обсуждается и носит название послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) [69].

Согласно определению, данному L. Rasmussen в 2001 году, послеоперационная когнитивная дисфункция (МКБ-10 F06.7) – это когнитивное расстройство, развивающееся в ранний и сохраняющееся в поздний послеоперационный периоды, клинически проявляющееся в виде нарушений памяти, трудности сосредоточения (концентрации) внимания и нарушений других высших корковых функций (мышления, речи и т.п.), подтвержденное данными нейропсихологического тестирования (в виде снижения показателей тестов в послеоперационный период не менее чем на 10 % от дооперационного уровня), что влечет за собой проблемы обучения, снижение умственной работоспособности, настроения (депрессию). Выраженность симптомов при этом не доходит до уровня критериев деменции, органического амнестического синдрома или делирия, а отклонения выявляются только при выполнении тестовых заданий [69, 106, 44].

Этиология и патогенез когнитивной дисфункции могут определяться тремя группами факторов: 1) остаточным действием компонентов общей анестезии; 2) уровнем достигаемой во время операции антиноцицептивной защиты мозговых структур, несостоятельность которой приводит к перевозбуждению и истощению энергетического баланса нейронов коры головного мозга и подкорковых образований, обеспечивающих достаточный уровень сознания; 3) повреждающим действием гипоксии как общей, так и локальной (падение мозгового кровотока, его перераспределение), вследствие отека мозга и повышения внутричерепного давления [106].

Проблема повреждения центральной нервной системы после оперативных вмешательств под общей анестезией является одной из актуальных в неврологии и анестезиологии. В исследованиях приводятся данные о некотором общем угнетении функционального состояния центральной нервной системы в послеоперационном периоде, что проявляется в послеоперационной когнитивной дисфункции, в психических нарушениях, делирии, судорожном синдроме, нарушении цикла «сон – бодрствование», нарушениях координации, инсульте. При этом нарушения функции центральной нервной системы варьируют в зависимости от типа анестезии, состояния соматического и неврологического статуса пациента в предоперационном периоде. Отмечают, что на когнитивные функции оказывают неблагоприятное влияние фактически все известные анестетики [106].

Прогрессирующее старение населения и увеличение продолжительности жизни ставят перед анестезиологами задачу выработки стандарта, обеспечивающего безопасное выполнение общей анестезии у больных преклонного возраста и со значительным соматическим неврологическим отягощением. Риск послеоперационной когнитивной дисфункции у таких пациентов должен обсуждаться на междисциплинарном уровне, включая помимо узких специалистов (невролога, нейрофизиолога, по показаниям – медицинского психолога), хирурга, больного и его родственников [106].

До настоящего времени у исследователей нет единого мнения по ключевым вопросам патогенеза, диагностики, профилактики и лечения когнитивных расстройств у кардиохирургических пациентов. Одни авторы считают, что основное повреждающее действие на центральную нервную систему оказывают анестетики, применяемые во время кардиохирургических операций, другие – не находят таких взаимосвязей. Некоторые авторы высказываются о генетической предрасположенности к развитию послеоперационной когнитивной дисфункции, другие – объясняют

послеоперационную когнитивную дисфункцию развитием интраоперационной эмболии сосудов, стрессом мозга, социальной изоляцией, иммобилизацией пациента [69].

Каждый из перечисленных факторов может влиять на тяжесть послеоперационной когнитивной дисфункции, однако прямых доказательств об их ведущем участии в этиологии и патогенезе послеоперационной когнитивной дисфункции нет (представленные в литературе работы такого плана единичны, а результаты подобных исследований противоречивы) [69].

Среди факторов риска развития послеоперационной когнитивной дисфункции, помимо анестезии, выделяют: возраст пациента, низкий образовательный (интеллектуальный) уровень и депрессивные нарушения у пациентов в дооперационном периоде, а также отягощенный неврологический и соматический анамнез. Возрастной фактор риска обусловлен как возрастной физиологией, так и фармакокинетикой (возможные взаимодействия средств для общей анестезии с препаратами, применяемыми для лечения текущих соматических и неврологических заболеваний). Также в этиологии послеоперационной когнитивной дисфункции отмечается значение возраста пациента с позиции наличия определенных связей между образовательным уровнем и нарастанием когнитивных нарушений через какое-то время после операции в условиях общей анестезии. Считается, что большие нейрональные резервы имеют более образованные люди, что дает им возможность временно компенсировать развившееся патологическое состояние центральной нервной системы за счет включения сложных межнейрональных, ассоциативных связей и вовлечения в работу других регионов мозга [106].

В исследованиях испанских психогеронтологов было выявлено, что к наиболее существенным факторам сохранности когнитивных функций можно отнести уровень образования и уровень квалификации. При этом было обнаружено, что даже с учетом эффекта возраста уровень образования сохраняет свою компенсаторную функцию до глубокой старости [91].

Наличие психоэмоциональных нарушений способно усугублять выраженность когнитивных расстройств из-за повышения уровня тревоги и связанных с этим трудностей сосредоточиться, неуверенности и ожидания неудачи. Когнитивные и эмоциональные расстройства связаны наличием общих патогенетических факторов (феномен разобщения и лобная дисфункция), а также непосредственно влияют друг на друга. Изменения в эмоционально-личностной сфере усиливаются при снижении когнитивных функций, а повышение уровня тревожности и, как следствие, трудности сосредоточения, неуверенность и ожидания неудачи, способны усугублять проявления когнитивных нарушений [69]. Большинство исследователей указывают на сочетание послеоперационной когнитивной дисфункции и депрессии [106].

На когнитивное функционирование больных оказывает характер оперативного вмешательства – в условиях искусственного кровообращения или на работающем сердце. Но сведения по этому вопросу противоречивы.

Первоначально методика проведения коронарного шунтирования на работающем сердце была предложена как хирургическое вмешательство с заведомо более низким риском периоперационного инсульта. В исследовании (2007 – 2008) [3] проводилось сравнение частоты церебральных осложнений при коронарном шунтировании с искусственным кровообращением и без него среди больных старше 70-ти лет. В этой группе, где особенно оправдан выбор техники операции без искусственного кровообращения, инсульт развивался в 3, а энцефалопатия – в 2 раза реже, чем при «традиционном» коронарном шунтировании. В некоторых исследованиях не было получено достоверного снижения частоты неврологических осложнений при выполнении коронарного шунтирования на бьющемся сердце. Преимущество этой технологии еще ждет своего убедительного подтверждения или опровержения [3].

В исследовании [71] было выявлено, что нарушение когнитивной функции у больных ишемической болезнью сердца старше 60-ти лет при

операции коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения развивается в 36% случаев, при коронарном шунтировании на работающем сердце частота развития послеоперационной когнитивной дисфункции сопоставима и составляет 30%.

Основными ранними осложнениями в послеоперационном периоде у кардиохирургических больных вследствие недостаточной защиты головного мозга продолжают оставаться нейропсихологические (когнитивные) нарушения (краткосрочная и долговременная память, концентрация внимания, мыслительная способность). По данным [110], когнитивные нарушения встречаются у 20 – 79% больных, перенесших операцию коронарного шунтирования. Также установлено, что с возрастом чистота выявления отдаленных неврологических и когнитивных нарушений после коронарного шунтирования увеличивается [119].

Когнитивные исходы после коронарного шунтирования остаются предметом большого количества исследований, прежде всего медицинского характера. В настоящее время отмечается возросший интерес к проблеме когнитивных нарушений в связи с увеличением доли людей старшего возраста среди населения и резким повышением выживаемости пациентов с тяжелым течением ишемической болезни сердца, в том числе перенесших инфаркт миокарда и инсульт. Поэтому изучение взаимосвязи динамики основных показателей когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца, в том числе и перенесших коронарное шунтирование, с демографическими характеристиками представляется весьма актуальным [42].

Число больных пожилого возраста, оперируемых по поводу ишемической болезни сердца, в последние годы постоянно возрастает [54].

Клиника и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы в пожилом возрасте имеют некоторые особенности, определяемые возрастными морфологическими и функциональными изменениями. Среди них наибольшее значение имеет склеротическое поражение как артерий, так

и сердца (склероз артерий эластичного типа). Это означает, что при уменьшении эластичности снижается переход кинетической энергии систолы (сокращения желудочков) в потенциальную энергию продвижения крови по артериям, поддерживаемую за счет эластичности их стенок. Прогрессирующий склероз миокарда приводит к снижению его сократительной функции, расширению полостей сердца. Нарушается основной компенсаторный механизм, поддерживающий работу сердца при нарастающей его дистрофии (закон Франка-Старлинга – «закон сердца» – чем больше мышца сердца растянута поступающей кровью, тем больше сила сокращения и тем больше крови поступает в артериальную систему). Нарушение электролитного равновесия усугубляет нарушения сократительной способности миокарда, что ведет у пожилых людей к частым аритмиям. С возрастом формируется ряд особенностей гемодинамики. Растет артериальное давление, в основном, систолическое, а венозное, наоборот, снижается (нормальный его уровень свидетельствует о скрытой сердечной недостаточности). Снижается сердечный выброс, а позднее и минутный объем. Масса и объем циркулирующей крови не изменяются, но скорость кровотока прогрессивно падает. Отсюда следует, что при проведении ряда агрессивных методов исследования и лечения необходимо учитывать более высокую вероятность развития побочных эффектов и осложнений. Оценивать результаты обследований следует с учетом возрастных особенностей пациентов [127, 70].

Особенностью клиники ишемической болезни сердца у пожилых пациентов является меньшая выраженность приступа стенокардии, большая продолжительность, легкость его возникновения, даже после небольших физических и эмоциональных нагрузок. Нередко доминирует неврологическая симптоматика, особенно у лиц с цереброваскулярной недостаточностью [80, 127].

Хирургическая тактика у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста определяется индивидуально с учетом количества и

тяжести сопутствующих заболеваний, качества коронарных артерий и сосудистых трансплантатов, состояния сократительной функции сердца [96].

Среди факторов, способствующих неблагоприятным когнитивным исходам после коронарного шунтирования, выделяют: продолжительное время искусственного кровообращения (более 120 минут), атероматоз аорты, наличие у пациентов стенозов брахиоцефальных артерий, высокий класс хронической сердечной недостаточности и стенокардии, а также влияние анестетиков и наркотических анальгетиков, используемых во время операции. Доказанный фактор риска осложнений коронарного шунтирования – возраст пациента старше 70-ти лет. С возрастом частота выявления отдаленных неврологических и когнитивных нарушений после коронарного шунтирования увеличивается [30]. Кроме возраста к развитию стойкого когнитивного дефицита приводит выраженное снижение когнитивных функций на предоперационном этапе [44].

В исследовании [30] о выявлении возрастных особенностей когнитивных нарушений в раннем послеоперационном периоде у пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование, были выявлены различия в динамике когнитивного статуса у пациентов пожилого и среднего возраста в раннем послеоперационном периоде. Они характеризуются снижением показателей нейропсихологических тестов у первых и улучшением – у вторых. Повышенная активность прооксидантной системы, снижение защиты антиоксидантной системы (способности нейтрализовывать агрессивные свободные радикалы), выраженность системного воспалительного ответа у пациентов пожилого возраста могут быть причиной снижения устойчивости головного мозга к гипоксии [71]. Кроме того, снижение адаптационного резерва головного мозга к гипоксии у пациентов пожилого возраста может привести к удлинению времени реперфузии мозга (возобновления тока крови) в раннем послеоперационном периоде, что является дополнительным повреждающим фактором [30].

Таким образом, перенесшие коронарное шунтирование пациенты

пожилого возраста в раннем послеоперационном периоде имеют более низкие когнитивные показатели по сравнению с больными среднего возраста. Это позволяет выделить пожилых больных в группу повышенного риска развития когнитивного дефицита после коронарного шунтирования, что необходимо учитывать при выборе оптимальной тактики предоперационной подготовки, необходимости использования искусственного кровообращения и программы реабилитации после операции [30].

В исследовании [71] об улучшении результатов хирургического лечения больных ишемической болезнью сердца старше 60-ти лет с исходно сниженной ауторегуляцией мозгового кровотока в условиях искусственного кровообращения путем применения сочетанной высокогрудной эпидуральной анестезии было доказано, что сочетанная эпидуральная анестезия обеспечивает сохранность метаболического и миогенного компонентов реакции сосудов головного мозга (на этапе поддержания анестезии) и более ранее (в 2,4 раза) восстановление исходных показателей перфузии головного мозга, в сравнении с тотальной внутривенной анестезией. При этом была выявлена сильная связь отрицательной динамики когнитивной функции в раннем послеоперационном периоде у больных пожилого возраста с исходным нарушением реактивности сосудов головного мозга.

Однако остается неясным вопрос об изолированном влиянии возрастного фактора на раннюю послеоперационную динамику когнитивных функций [30].

Операция коронарного шунтирования является только этапом в комплексном лечении ишемической болезни сердца. Она не устраняет основных причин заболеваний. Клиническая эффективность операции коронарного шунтирования в значительной степени определяется реабилитационной программой, направленной на закрепление результатов оперативного лечения. Под эффективностью реабилитации понимается улучшение не только сугубо медицинских и клинических показателей, но и восстановление личностного и профессионального статуса, уровня

социального функционирования и качества жизни в целом.

Особое место в системе реабилитационных мероприятий должно занимать своевременное выявление и коррекция когнитивных нарушений. Связь между эффективностью реабилитации больных после коронарного шунтирования и особенностями их когнитивного функционирования имеет две стороны: 1) состояние когнитивной сферы может оказывать значительное влияние на клинические аспекты успешности реабилитационного процесса; 2) эффективность восстановительных мероприятий медицинского характера во многом определяет отдаленный прогноз восстановления когнитивного статуса больного, перенесшего коронарное шунтирование [42].

Многие авторы [36, 31] отмечают необходимость обследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на предмет возможных когнитивных проблем, так как на ранней стадии (нередко и на развернутой) своего развития когнитивные расстройства могут оставаться незамеченными. Ранняя диагностика начальных проявлений расстройств высших мозговых функций, длительное время остающихся единственным клиническим признаком неврологического неблагополучия, определяется также и тем, что модификация факторов риска и лечение, начатые на более раннем этапе, могут оказаться эффективными и позволят задержать дальнейшее ухудшение когнитивных функций [98].

Развитие в послеоперационном периоде когнитивной дисфункции может не только снижать эффективность проведенной операции, но и являться надежным маркером неблагоприятного отдаленного прогноза (деменция, смерть) [15, 119]. Этим определяется актуальность изучения познавательной деятельности пациентов, перенесших коронарное шунтирование, и ее динамики в процессе кардиореабилитации, особенно у пациентов пожилого возраста.

Несмотря на усовершенствование хирургической и перфузионной техники, способов защиты мозга, чистота развития нейрокогнитивного дефицита после операций аортокоронарного шунтирования остается высокой

и достигает 50 – 80% [125, 116].

В связи с этим существуют мнения исследователей: во-первых, целесообразно максимально раннее выявление факторов риска развития когнитивных расстройств в целях своевременного предупреждения при помощи медикаментозной терапии (у 20 – 40% пациентов с сосудистыми когнитивными расстройствами при динамическом наблюдении и адекватном лечении может наблюдаться улучшение когнитивных функций) [122, 114]; во-вторых, актуальна ранняя диагностика изменений в интеллектуальной сфере под влиянием болезни и сосудистых когнитивных расстройств, выявление их специфических отличий от возрастных изменений познавательных функций человека, а также оптимальное лечение с учетом известных факторов риска (для пожилых пациентов – такого доказанного фактора риска, как возраст); в-третьих, необходимо разработать мероприятия, направленные на предотвращение послеоперационных когнитивных нарушений, что будет препятствовать возникновению ишемических инсультов в периоперационном периоде [124] и способствовать профилактике нейродегенеративных заболеваний в отдаленном периоде [13].

Большинство проведенных исследований [30, 36, 53, 98] в основном лишь констатируют наличие тех или иных когнитивных нарушений, сопровождающих кардиальную патологию, описывают предположительные механизмы их формирования, в то время как клинико-психологические и социально-демографические факторы когнитивных нарушений остаются практически не изученными.

Таким образом, проведенный анализ литературы показывает актуальность и малую разработанность проблемы изменения когнитивных функций у пожилых людей, страдающих ишемической болезнью сердца, после перенесения ими коронарного шунтирования. Это определило цель настоящей работы и эмпирического исследования.

Глава 2. Материал и методы исследования.

В настоящей главе представлено описание материала и основных методов проведенного исследования. В параграфе «2.1 Материал исследования» представлены основные социально-демографические и клинические характеристики принявших участие в исследовании больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию коронарного шунтирования. В параграфе «2.2 Методы исследования» представлен набор психодиагностических методик и техник.

2.1. Материал исследования.

Исследование было проведено на базе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» (Санкт-Петербург). В исследование были включены лица преимущественно трудоспособного возраста без клинически диагностированной деменции.

Основными критериями включения в исследование были: показание к проведению операции коронарного шунтирования; добровольное согласие больного на участие в исследовании.

Исследование в рамках данной выпускной работы проводилось в два этапа: первый этап – непосредственно перед операцией коронарного шунтирования (за 1-2 дня до операции), второй этап – на 7-10 день после операции, т.е. после поступления больного в отделение реабилитации.

Первый этап включает в себя структурированное интервью, в ходе которого собираются социально-демографические, клинико-психологические и клинические данные, сбор клинических показателей из медицинской документации и первый блок экспериментально-психологического исследования, проводимый с помощью методов психодиагностики, описанных в параграфе «2.2. Методы исследования».

Второй этап включает в себя структурированное интервью, в ходе которого собираются клинические данные, сбор клинических показателей из

медицинской документации и второй блок экспериментально-психологического исследования.

Социально-демографические характеристики.

В исследовании приняло участие 56 пациентов, имеющих диагноз ишемическая болезнь сердца и перенесших операцию коронарного шунтирования. Всего на первом этапе было исследовано 54 пациентов, на втором — 54, перенесших операцию коронарного шунтирования. Из них 40 (71,4%) мужчин и 16 (28,6%) женщин; средний возраст пациентов по всей выборке составил $59,61 \pm 6,89$ лет. Данное гендерное соотношение обусловлено не намеренным отбором пациентов, а тем, что данный вид высокотехнологической медицинской помощи (коронарное шунтирование) чаще оказывается лицам мужского пола.

Соотношение больных ИБС пожилого возраста и больных ИБС среднего возраста составило 28 пожилых пациентов и 28 пациентов среднего возраста.

В таблице 1 представлены основные демографические характеристики всех изученных больных ишемической болезнью сердца.

Таблица 1 – Демографические характеристики изученных больных ИБС

Демографические характеристики		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Пол	Мужской	17	60,7	23	82,1	40	71,4
	Женский	11	39,3	5	17,9	16	28,6
Всего		28	100	28	100	56	100
Возраст (M+σ), лет		65,00 ± 3,67		54,21 ± 4,77		59,61 ± 6,89	

Основные социально-демографические характеристики пациентов, перенесших коронарное шунтирование, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Социально-демографические характеристики пациентов, готовящихся к КШ

Социально-демографические характеристики		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Образование	среднее	6	21,4	5	17,9	11	19,6
	среднее специальное	10	35,7	12	42,9	22	39,3
	неоконченное высшее	1	3,6	2	7,1	3	5,4
	высшее	11	39,3	9	32,1	20	35,7
Семейное положение	не состоит в браке	1	3,6	0	0	1	1,8
	разведен	7	25,0	4	14,3	11	19,6
	вдовец/вдова	6	21,4	2	7,1	8	14,3
	первый брак	10	35,7	18	64,3	28	50,0
	повторный брак	4	14,3	2	7,1	6	10,7
	гражданский брак	0	0	2	7,1	2	3,6
Количество детей	0	2	7,1	0	0	2	3,6
	1	8	28,6	7	25,0	15	26,8
	2	14	50,0	16	57,1	30	53,6
	3 и более	4	14,3	5	17,9	9	16,1
Трудовая деятельность	работал ранее	19	67,9	11	39,3	30	53,6
	работает	9	32,1	17	60,7	26	46,4
Специфика профессиональной деятельности	физический труд	9	32,1	13	46,4	22	39,3
	интеллектуальный труд	6	21,4	4	14,3	10	17,9
	общение с людьми	5	17,9	5	17,9	10	17,9
	руководящая должность	8	28,6	6	21,4	14	25,0
Трудовая деятельность в отдаленном периоде	планирует	11	39,3	19	67,9	30	53,6
	не планирует	17	60,7	9	32,1	26	46,4

Анализ социально-демографических характеристик показал, что обследованные пациенты преобладают лица со средним специальным (39,3 %) и высшим (35,7 %) образованием. 19,6% больных имеют среднее образование; 5,4% – пациенты с неоконченным высшим образованием. Изучение особенностей семейного положения выявило преобладание пациентов, состоящих в первом браке (50%), были разведены на момент обследования 19,6 % больных; состояли в повторном браке или овдовели 25 %. Большинство пациентов имеют детей, преимущественно одного или двух (26,8 % – одного ребенка; 53,6 % – двух), трех и более детей имеет 16,1 % пациентов. Отсутствие детей выявлено лишь у 3,6 % пациентов.

На момент первичного обследования (до операции) были

трудоустроены 26 (46,4 %) пациентов, не работают (работали ранее) на момент исследования больше половины обследуемых больных – 53,6 %. Большинство больных (39,3 %) определили свою профессиональную деятельность как в большей степени связанную с физическим трудом. Специфика трудовой деятельности пациентов в 25 % случаев предполагает руководящую должность. В 35,7 % случаев больные отмечают спецификой своей работы общение с людьми или интеллектуальный труд.

После окончания восстановительного лечения планировали сохранить или вернуться к трудовой деятельности 30 (53,6 %) пациентов. Не рассматривали сохранение трудовой деятельности в отдаленном периоде 46,4% обследуемых больных.

Клинические характеристики.

В таблице 3 приведены основные медико-биологические характеристики изученных больных, зафиксированные в истории болезни в период подготовки к операции коронарного шунтирования.

Таблица 3 – Клинические характеристики пациентов, готовящихся к КШ

Клинические характеристики		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Давность ИБС	менее года	2	7,1	6	21,4	8	14,3
	1-3 года	6	21,4	8	28,6	14	25,0
	3-5 лет	1	3,6	4	14,3	5	8,9
	более 5 лет	17	60,7	10	35,7	27	48,2
	давность неизвестна	2	7,1	3	10,7	5	8,9
Стенокардия	II функц. класс	5	17,9	4	14,3	9	16,1
	III функц. класс	22	78,6	21	75,0	43	76,8
	нет/ неизвестно	1	3,6	3	10,7	4	7,1
Инфаркт миокарда	Q-ИМ	12	42,9	10	35,7	22	39,3
	не Q-ИМ	8	28,6	5	17,9	13	23,2
	нет	8	28,6	13	46,4	21	37,5
Инфаркт миокарда, количество	нет	8	28,6	13	46,4	21	37,5
	1	15	53,6	9	32,1	24	42,9
	2	3	10,7	6	21,4	9	16,1
	3 и более	2	7,1	0	0,0	2	3,6
Инфаркт миокарда, локализация	передний	5	17,9	6	21,4	11	19,6
	задний	6	21,4	3	10,7	9	16,1
	боковой	7	25,0	2	7,1	9	16,1
Гипертоническая болезнь	стадия II	1	3,6	1	3,6	2	3,6
	стадия III	26	92,9	25	89,3	51	91,1
	неизвестно	1	3,6	2	7,1	3	5,4
Тип кровоснабжения	правый	17	60,7	12	42,9	29	51,8
	левый	2	7,1	3	10,7	5	8,9
	сбалансир.	9	32,1	13	46,4	22	39,3
$\chi^2=7,905; p<0.05$							
Количество пораженных сосудов	менее 3	7	25,0	14	50,0	31	55,4
	3-4	17	60,7	12	42,9	29	51,8
	5 и более	4	14,3	2	7,1	6	10,7
Поражение ствола	ЛКА	5	17,9	5	17,9	10	17,9
	ПКА	23	82,1	23	82,1	46	82,1
ИМТ	норма	7	25,0	8	28,6	14	25,0
	избыточный вес	10	35,7	13	46,4	23	41,1
	ожирение	11	39,3	7	25,0	18	32,1
ИМТ (M+σ) (n=52)		29,68 ± 5,55		27,61 ± 4,7		28,68 ± 5,22	

Данные, приведенные в таблице 3, показывают, что более 40% пациентов на момент операции страдали от проявлений ИБС более 5 лет (четыре человека из обследуемых страдает ишемической болезнью сердца более 25 лет). У 14,29 % пациентов давность болезни не превышает года, что может свидетельствовать о быстром нарастании симптоматики. У 25 % пациентов давность ИБС составила от года до трех лет, у 8,9 % – от трех до пяти. Средняя длительность ИБС у обследованных больных составила $8,09 \pm$

8,05 года. Примерно у 9 % пациентов не установлена давность заболевания. Важно отметить, что среди пациентов есть лица, которые были госпитализированы по поводу сердечного заболевания в течение последнего года хотя бы два раза (см. таблицу 6).

Большинство обследованных пациентов (76,8 %) в период подготовки к коронарному шунтированию страдало стенокардией напряжения III функционального класса. У 16,1 % больных была диагностирована стенокардия напряжения II функционального класса. Подавляющее большинство пациентов (более 90 %) страдали от гипертонической болезни III стадии (риск 4). Более 40 % обследованных перенесли единственный инфаркт миокарда, 16,1 % – два инфаркта миокарда, и два пациента перенесли более трех инфарктов миокарда. При этом у большинства (39,3 %) был диагностирован проникающий инфаркт (Q-ИМ) с преобладанием (19,64 %) передней локализации инфаркта миокарда. В 23,2 % случаев диагностирован непроникающий инфаркт (не Q-ИМ). Таким образом, у 62,5 % пациентов, обследованных в данном исследовании, в анамнезе был зафиксирован хотя бы один инфаркт миокарда.

Наиболее распространенным типом кровоснабжения у больных, готовящихся к коронарному шунтированию, был правый (51,8 % случаев). В 39,3 % случаев тип кровоснабжения был сбалансированным. Следует учитывать также, что только около 55 % пациентов имели менее трех пораженных сосудов, подлежащих реваскуляризации, при этом среднее количество пораженных артерий составило $2,73 \pm 1,40$. «Как известно, именно число пораженных, а не подвергнутых шунтированию коронарных артерий достоверно ухудшает отдаленный прогноз заболевания» [128].

О тяжести ишемической болезни сердца у обследованных пациентов также свидетельствует тот факт, что поражение ствола правой коронарной артерии было выявлено в 82,1 % случаев, левой – в 17,9 %. Таким образом, можно утверждать, что подавляющее большинство пациентов страдало от тяжелой формы ишемической болезни сердца, сопровождающейся

серьезными и множественными изменениями в сосудах сердца, и, следовательно, остро нуждалось в оперативном вмешательстве, так как консервативное лечение при такой тяжести патологии уже не может быть эффективным [128].

Сведения об индексе массы тела (ИМТ), приведенные в таблице 3, говорят о том, что большинство обследованных больных (у 41,1 %) страдает избыточной массой тела, 32,4 % пациентов страдает от ожирения той или иной степени, и лишь у 25 % масса тела в рамках нормы. Средний показатель ИМТ по выборке составил $28,68 \pm 5,22$, что соответствует наличию избыточной массы тела.

Таблица 4 – Данные о вредных привычках пациентов, готовящихся к КШ

Данные о вредных привычках пациентов		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Курение	никогда	7	25,0	9	32,1	16	28,6
	в прошлом	15	53,6	9	32,1	24	42,9
	в наст. время	6	21,4	10	35,7	16	28,6
Употребление алкоголя	не употребляет	12	42,9	3	10,7	15	26,8
	умеренно	14	50,0	24	85,7	38	67,9
	злоупотребляет	2	7,1	1	3,6	3	5,4
$\chi^2=8,365; p<0.05$							

Также в таблице 4 приведены данные о вредных привычках пациентов, готовящихся к операции коронарного шунтирования. Необходимо учитывать, что наличие таких вредных привычек, как курение и употребление алкоголя, является фактором риска развития и декомпенсации ишемической болезни сердца. Как показано в таблице 4, всего 28,6 % пациентов никогда не курили; курили в прошлом и курят в настоящее время — 42,9 % и 28,6 % соответственно. Средний показатель стажа курения составил $19,39 \pm 18,35$ лет, а среднее количество выкуриваемых сигарет в день — $10,57 \pm 8,60$.

Согласно полученным данным, среди обследованных пациентов

обнаружено: 5,4 % злоупотребляющих алкоголем, 67,9 % – умеренно употребляющих алкоголь, несмотря на строгие рекомендации врачей, и только 26,8 % больных полностью воздерживались от употребления алкоголя или никогда его не употребляли.

Необходимо отметить, что на момент первичного обследования по 44,6 % пациентов имели II и III группы инвалидности, из них около 50 % – это пациенты пожилого возраста. Остальные 55,4 % обследованных больных не имели инвалидности.

Помимо этого, в рамках изучения клинических характеристик пациентов, готовящихся к операции коронарного шунтирования, был также проанализирован такой показатель, как наличие отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Таким образом, по полученным данным имели отягощенную наследственность по ССЗ по женской линии 35 % обследуемых пациентов, по мужской – 37,5 %. И только 20% пациентов имели отягощенную наследственность (имели ближайших родственников с гипертонией и ишемической болезнью сердца) с обеих сторон. Со слов пациентов и по данным из историй болезни, только у 62,5% отцы не страдали от сердечно-сосудистых заболеваний. 26,8 % больных имели отягощенную наследственность по мужской линии в виде гипертонической болезни или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК, высокий риск инсульта) и 7,1 % в виде ишемической болезни сердца. Наиболее отягощенная наследственность в виде сочетания гипертонической болезни, ОНМК и ишемической болезни сердца была выявлена у 3,6 % обследованных лиц.

Ниже в таблице 5 приведены основные осложнения и сопутствующие заболевания, наиболее часто встречающиеся у кандидатов на коронарное шунтирование.

Таблица 5 – Осложнения и сопутствующие заболевания у пациентов, готовящихся к КШ

Осложнения		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Хроническая сердечная недостаточность	I класс	1	3,6	5	17,9	6	10,7
	II класс	21	75,0	18	64,3	39	69,6
	III класс	1	3,6	1	3,6	2	3,6
Постперикардитомный синдром	наличие	10	35,7	6	21,4	16	28,6
Фибрилляция предсердий	наличие	5	17,9	4	14,3	9	16,1
Сопутствующие заболевания		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Сахарный диабет	I типа	1	3,57	0	0,0	1	1,8
	II типа	7	25,0	7	25,0	14	25,0
Атеросклероз БЦА	знач.	20	71,4	10	35,7	30	53,6
ОНМК в анамнезе	наличие	6	21,4	3	10,7	9	16,1
Гиперлипидимия	наличие	7	25,0	4	14,3	11	19,6
Дислипидемия	наличие	16	57,1	13	46,4	29	51,8

Согласно данным, приведенным в таблице 5, наиболее распространенным осложнением основного заболевания у обследованных пациентов являлась хроническая сердечная недостаточность II класса (около 70 %), постперикардитомный синдром и фибрилляция предсердий у данных обследуемых пациентов диагностированы у 28,6 % и у 16,1 % соответственно. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались: дислипидемия (51,8 %), гиперлипидемия (19,6 %), сахарный диабет II типа (25%). Атеросклероз брахицефальных артерий (БЦА) был диагностирован у 53,6 % пациентов, при этом было выполнено стентирование БЦА (10,7 %), у 7,1 % – были проведены другие операции на сосудах шеи и головы.

Также анализ медицинской документации, беседы с лечащими врачами и самими пациентами позволили также установить, что у пациентов на момент обследования были другие сопутствующие патологии, не связанные прямо с сердечно-сосудистой системой: патология желудочно-

кишечного тракта (у 80,4 % больных), патология дыхательной системы (у 25% больных), нарушение мозгового кровообращения (у 44,6 % больных), а также другие виды сопутствующих патологий (80,4 %).

Кроме того, часто в выборке встречались следующие сопутствующие заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки и\или желудка (19,6 %); хронический гастрит (46,4 %); хронический бронхит (19,6 %); хроническая обструктивная болезнь легких (10,7 %); дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника (17,9 %), хронический панкреатит (5,4 %), хронический пиелонефрит (8,9 %), варикозное расширение вен нижних конечностей (28,6 %). Помимо выше перечисленных заболеваний встречалось множество других сопутствующих болезней (в 66 % случаев).

Также полученные данные о сопутствующих заболеваниях позволяют говорить о статистически значимых различиях между группами пациентов по наличию в анамнезе варикозного расширения вен нижних конечностей ($\chi^2=8,423$; $p<0,05$): пациенты среднего возраста (89,3%) чаще не имели в анамнезе варикозного расширения вен нижних конечностей, чем пациенты пожилого возраста.

В связи с тем, что характеристики самой процедуры реваскуляризации, предположительно, могли оказывать влияние на послеоперационное когнитивное функционирование больных ишемической болезни, также были проанализированы медицинские сведения, касающиеся операции коронарного шунтирования.

В таблице 6 приведены основные характеристики проведенного оперативного вмешательства.

Таблица 6 – Основные характеристики операции КШ

Основные характеристики операции КШ		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Продолжительность операции (мин)		223,82 ± 35,77		213,75 ± 28,84		218,94 ± 32,49	
Время экстракорпорального кровообращения (мин)		131,30 ± 52,38		121,47 ± 44,83		127,13 ± 48,95	
Время пережатия аорты (мин)		65,27 ± 21,14		73,14 ± 33,27		69,07 ± 27,45	
Реваскуляризация	полная	26	92,9	27	96,4	53	94,6
	неполная	2	7,1	1	3,6	3	5,4
Реваскуляризация	первич.	23	82,1	24	85,7	47	83,9
	вторич.	5	17,9	4	14,3	9	16,1
Госпитализация	по инфаркту	3	10,7	2	7,1	5	8,93
	плановая	24	85,7	25	89,3	49	87,5
	окклюзия шунта	1	3,6	1	3,6	2	3,6
Частота госпитализаций в год	1	13	46,4	20	71,4	33	58,9
	2	15	53,6	8	28,6	23	41,1

Из данных таблицы 6 видно, что преобладающим большинством случаев, исследованных в рамках данной работы, операция коронарного шунтирования была выполнена планово, что составило 87,5 %. Повторные операции коронарного шунтирования по причине окклюзии шунтов проводились лишь в 3,6 % случаев. В других случаях операция была выполнена в срочном порядке в связи с острым инфарктом миокарда. В рамках анализа основных характеристик проведенного хирургического вмешательства были учтены такие показатели, как продолжительность операции ($M = 218,94 \pm 32,49$ минут), время экстракорпорального кровоснабжения ($M = 127,13 \pm 48,95$ минут) и время пережатия аорты ($M = 69,07 \pm 27,45$ минут). В исследованиях последних лет было показано, что длительность пережатия аорты, а также длительность наложения коронарных шунтов и искусственной вентиляции легких ассоциированы с риском возникновения осложнений после операции коронарного шунтирования, в частности, фибрилляции предсердий [128, 39].

Полная реваскуляризация миокарда была выполнена у 94,6 % пациентов, включенных в исследование. Большинство зарубежных исследований показывают, что в сравнении с неполной реваскуляризацией

после полной реваскуляризации миокарда с помощью коронарного шунтирования достоверно улучшается качество жизни и прогноз заболевания у больных с многососудистым поражением [128, 39]. Проведенная операция коронарного шунтирования являлась первичной реваскуляризацией в 83,9 % случаев.

Анализ различий групп пациентов по социально-демографическим и клиническим характеристикам с помощью критерия χ^2 -Пирсона показал, что группы сопоставимы по своим характеристикам. При этом выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) между группами по признакам «употребление алкоголя» и «типу кровоснабжения».

Значимые различия между группами пациентов пожилого и среднего возраста по признаку «употребление алкоголя» позволяют сделать предположение, что обследованные в данной работе пациенты среднего возраста чаще употребляли алкоголь, чем пациенты пожилого возраста, несмотря на строгие рекомендации врачей. Пациенты пожилого возраста демонстрировали бóльшую склонность полностью воздерживаться от употребления алкоголя или никогда прежде его не употребляли.

По признаку «тип кровоснабжения»: пациенты пожилого возраста чаще имеют правый тип кровоснабжения, в то время как пациенты среднего возраста – сбалансированный. Это можно объяснить тем, что в пожилом возрасте значительно изменяются физиологические, компенсаторные и обменные процессы, значительно увеличивается роль внутренних факторов в развитии ряда патологических процессов, в частности системы кровоснабжения [57].

Итак, в процессе анализа полученных в ходе клинико-психологического интервью медико-биологических данных были выявлены статистически достоверные различия между группами по таким признакам, как тип кровоснабжения ($p < 0,05$), наличие в анамнезе варикозной болезни ($p < 0,05$) и употребление алкоголя ($p < 0,05$).

2.2. Методы исследования.

В соответствии с задачами данного исследования был подобран психодиагностический комплекс, включающий клинико-психологический и экспериментально-психологический методы исследования.

2.2.1. Клинико-психологический метод.

Клинико-психологический метод был реализован с помощью специально разработанного структурированного интервью [25, 39, 128], направленного на изучение основных индивидуально-личностных и социально-психологических характеристик пациентов, особенностей текущего соматического заболевания, представления и отношения пациентов к предстоящему оперативному лечению. Интервью включало в себя 75 пунктов, сгруппированных в три блока: социально-демографические, медико-биологические и клинико-психологические характеристики.

Социально-демографические характеристики включали: пол, возраст, образование, семейное положение, город постоянного проживания, трудоустройство и специфику трудовой деятельности.

Клинико-психологический блок интервью включал вопросы, направленные на изучение особенностей семейных отношений и психологического климата в семье пациента; наличия актуальной психотравмирующей ситуации; жалоб на текущий когнитивный статус; отношений, мотивов и ожиданий относительно операции; осведомленности об ишемической болезни сердца и предстоящей операции; оценки и мотивов продолжения трудовой деятельности после операции; оценки прогноза собственной трудоспособности после операции.

Значительная часть данного блока структурированного интервью посвящена исследованию представлений больных о предстоящей операции и их отношения к ней, мотивов принятия решения о выборе оперативного лечения, осведомленности пациентов о предстоящем хирургическом лечении,

его последствиях и о текущем соматическом заболевании.

Также в интервью включены вопросы о субъективной оценке пациентом своего физического состояния, когнитивного статуса и эффективности перенесенной операции; вопросы об образе жизни, вредных привычках, таких как табакокурение, употребление алкоголя.

Кроме того, в структурированное интервью было включено 8 вопросов из теста Мориски-Грина [117, 118], разработанного для изучения комплаентности (приверженности к лечению) пациентов.

Вопросы структурированного интервью отражены в Карте обследования больного, которая заполняется на каждого пациента (см. приложение 1).

Также в клинико-психологический метод включал в себя анализ истории болезни пациента, включенное наблюдение за эмоциональным состоянием и поведенческими проявлениями больного в процессе исследования и клинико-психологическую беседу.

2.2.2. Психодиагностический метод.

Экспериментально-психологический метод был реализован с помощью набора психодиагностических методик, направленных на изучение особенностей и нарушений сенсомоторных функций и внимания, мнестической деятельности, понятийного, вербально-логического мышления, пространственного анализа и синтеза, а также актуального эмоционального состояния больных ишемической болезнью сердца в период подготовки к высокотехнологичному оперативному вмешательству и после него.

Всего было использовано 10 психодиагностических методик:

1. «Методика последовательных соединений» (в оригинале «Trail-Making Test – ТМТ»);
2. Субтесты «Сходства» и «Кубики Кооса» из «Шкалы Векслера для исследования интеллекта взрослых» (WAIS);
3. Патопсихологическая проба «10 слов»,

4. Патопсихологическая проба «Запоминание рассказов»,
5. Патопсихологическая проба «Простые аналогии»;
6. «Тест зрительной ретенции» А. Бентона;
7. «Тест интерференции» Струпа;
8. «Интегративный тест тревожности» (ИТТ);
9. «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS).

1. Методика «Trail-Making Test» (ТМТ-тест).

«Trail-Making Test» (ТМТ-тест) был предложен R. M. Reitan в 1958 году [116] для исследования концентрации и переключаемости внимания, а также темпа сенсомоторных реакций. Перевод, адаптация и клиническая апробация (на отечественном материале) данной методики в ходе исследования больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта проведена М. В. Зотовым [52].

ТМТ-тест представляет собой модифицированный вариант «Таблиц Шульте» и состоит из двух субтестов – А (отражает темп психической деятельности) и В (отражает переключаемость активного внимания). Субтест «А» включает бланк, на котором расположены в случайном порядке числа от 1 до 25. Как и в «Таблицах Шульте», задача испытуемого за минимальное время соединить по порядку все числа. На бланке субтеста «В» в случайном порядке расположены числа от 1 до 13 и буквы от А до М (в русском, адаптированном М. В. Зотовым варианте). Перед испытуемым стоит задача отыскивать и попеременно соединять линиями цифры и буквы в следующем порядке: 1–А–2–Б–3–В и т.д. Время выполнения регистрируется отдельно для каждого субтеста [21].

Первичные оценки переводятся в стандартизованные с учетом возраста испытуемого. Снижение по сравнению с возрастной «нормой» оценки в субтесте «А» отражает замедление темпа психической деятельности, затруднения концентрации и удержания внимания. Снижение показателя в субтесте «В» отражает затруднения переключаемости активного

внимания, инертность познавательных процессов [21].

2. Субтесты «Сходства» и «Кубики Кооса» из «Шкалы Векслера для исследования интеллекта взрослых» (WAIS).

«Шкала Векслера для исследования интеллекта взрослых» (WAIS) является вариантом, возникшим вследствие переработки широко употреблявшегося ранее теста Векслера-Бельвью [12]. В нашей стране этот метод адаптирован сотрудниками Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Данный метод состоит из 11 отдельных методик – субтестов. Все субтесты разделены на 2 группы: вербальные и невербальные.

IV субтест «Сходство» направлен на исследование понятийного, вербально-логического мышления. Субтест отражает снижение уровня обобщения. Является модифицированным вариантом методики сравнения понятий. Испытуемому предъявляется пара слов, объединенных определенным сходством, которое просят указать. Обследуемому предлагаются для сравнения такие понятия, как «апельсин-банан», «пальто-платье», «муха-дерево». Время ответов не регистрируется. Ответы оцениваются в 2, 1, 0 баллов. Ответы распределяются по уровням: концептуальный, функциональный и конкретный уровень является несколько упрощенным вариантом методики сравнения понятий, в котором задание ограничивается лишь установлением сходства. Оценка ответа зависит от уровня обобщения, на – котором выполнено задание. Например, при сравнении понятий «лев» и «собака» возможны следующие ответы: 1) и лев, и собака – животные, звери (ответ на концептуальном уровне); 2) и лев, и собака едят (ответ на функциональном уровне); 3) оба они имеют ноги (ответ на конкретном уровне). В этом субтесте оценивается, главным образом, логический характер мышления, способность к выделению существенных признаков предметов и явлений, к абстрагированию от конкретных или иррелевантных признаков [12].

IX субтест «Кубики Кооса» служит для исследования пространственно-конструкторского мышления. Задача испытуемого в данном задании состоит в построении из кубиков (сначала из четырех, затем из девяти) определенной картинки, предъявляемой экспериментатором на карточке-образце. Оценивается время построения каждого рисунка. Обследуемый должен обнаружить способность перенесения зрительного образа с карточки-образца на определенную конструкцию, которую он в ином масштабе воссоздает из цветных кубиков. Набор карточек-образцов стандартный. Время четко регламентировано; за успешное, в сокращенный срок, выполнение последних 4 заданий к оценке прибавляется 1 или 2 балла. Максимальный результат – 48 баллов [12, 39, 83].

3. Патопсихологическая методика «10 слов».

Патопсихологическая методика «10 слов» направлена на изучение кратковременной механической непосредственной рече-слуховой памяти и долговременной рече-слуховой памяти (через отсроченное воспроизведение заученных слов), а также позволяет исследовать динамику мнестических процессов – запоминания, удержания и воспроизведения. Обычно здоровые обследуемые воспроизводят 10 слов уже после 3-4 повторений (иногда, при тренированной памяти – после 2 повторений).

Список из 10 двухсложных слов последовательно зачитывают испытуемому. После этого просят повторить запомнившиеся слова. Подобное повторение (слова-воспроизведение испытуемым) происходит 5 раз, отмечая в регистрационном листе верно и ошибочно названные слова. Таким образом, исследуется кратковременная рече-слуховая память. Через 30 минут – час обследуемого просят без повторения повторить запомнившиеся слова, что необходимо для исследования долговременной памяти.

Одним из способов анализа полученных результатов является построение «Кривой запоминания», отражающей как ослабление активного

внимания, так и выраженную утомляемость больных. Таким образом, при истощаемости мнестической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер [12, 39, 83].

4. Патопсихологическая методика «Запоминание рассказов».

Патопсихологическая методика «Запоминание рассказов» – одна из наиболее широко употребляющихся методик психологического исследования, направленная на изучение состояния логической памяти обследуемого, способностей к осмыслению сюжета рассказа [12]. Для исследования применяются специально подобранные рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи. В данном исследовании использовались притчи: «Лев и мышь», «Галка и голуби», «Умная ворона».

Испытуемый может либо сам читать рассказ, либо слушать чтение экспериментатора. Затем испытуемого просят по возможности точно воспроизвести рассказ. Ключевым значением является понимание сути рассказа, для чего испытуемому задаются дополнительные вопросы.

Выполнение задания оценивается по 5-бальной шкале, где 5 баллов соответствуют точному воспроизведению содержания рассказа и пониманию скрытого смысла, а 1 балл – невозможности воспроизведения рассказа. Также при оценке выполнения задания учитывались: словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы, лаконичность или, наоборот, чрезмерная обстоятельность [12].

5. Патопсихологическая методика «Простые аналогии».

Выполнение этого задания требует понимания логических связей и отношений между понятиями, а также умения устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач [83]. Кроме того, в опыте легко обнаруживаются нарушения последовательности суждений, когда обследуемый на время перестает следовать избранному им модусу решения задания. Обнаружение возможности исправления ошибок в

ходе эксперимента, недопущение их в дальнейшем свидетельствуют об определенной сохранности критичности мышления [12].

Методика состоит из бланка с парами для примера аналогии и тестовыми группами слов, где к одному слову необходимо подобрать другое по аналогии пары-примера. Аналогии в различных парах строятся по разным принципам. Оценка результатов производится с помощью ключа верных ответов.

Чаще всего при выполнении этого задания наблюдаются случайные ошибки, когда связь между словами устанавливается на уровне конкретной ассоциации. Такая неустойчивость процесса мышления, соскальзывание суждений на путь случайных, облегченных, ненаправленных ассоциаций наблюдается при утомляемости больных, при хрупкости процессов мышления как органического, так и шизофренического генеза [39].

6. «Тест визуальной ретенции» А. Бентона.

«Тест визуальной ретенции» был предложен А. Бентоном в 1952 году и предназначен для стандартизованного исследования таких компонентов интеллектуальной деятельности, как зрительная память, непосредственная репродукция, пространственное восприятие [21]. Тест зрительной ретенции включает в себя несколько эквивалентных форм, каждая из которых состоит из 10 карточек-образцов [12]. На каждой карточке изображено несколько простых геометрических фигур в различных сочетаниях.

Тест Бентона состоит из карточек трех основных форм (С, D и E) и двух дополнительных (F и I) с изображением нескольких простых геометрических фигур. Карточка предъявляется испытуемому на 10 секунд, после чего просят нарисовать увиденную карточку по памяти максимально точно (сохраняя размер фигуры, ее расположение на карточке и относительно других фигур). Ответы можно оценивать качественно и количественно [12].

Существенное место в интерпретации результатов теста занимает качественный анализ характера ошибок, допущенных испытуемым.

Существует классификация типичных ошибок воспроизведения для различных клинических групп, особое место в которой занимают ошибки, симптоматичные для органического поражения головного мозга. К таким ошибкам, в частности, относятся: пропуск отдельных фигур, повторение фигур, инверсия и нарушение последовательности элементов, выраженные деформации и др. [110].

По данным зарубежных исследователей, тест Бентона весьма эффективен для геронтопсихологических исследований. На большой группе обследованных обнаружено заметное возрастание числа ошибок с возрастом, особенно после 60 лет. Кроме того, было проведено сравнение результатов, полученных с помощью теста Бентона при обследовании практически здоровых лиц и лиц, страдающих органической церебральной патологией. Получены также статистически достоверные данные, свидетельствующие о том, что тест Бентона отчетливо выявляет органическую патологию [12].

Практически ценным является то, что показатели успешности выполнения испытуемым этой методики могут быть соотнесены с имеющимися нормативными данными по шкале IQ – стандартного показателя уровня интеллекта, используемого в методике Векслера, – WAIS для взрослых и WISC для детей [21]. При этом сопоставление оценки (в баллах) и количества ошибок по тесту Бентона с уровнем интеллекта служит не для суждения об уровне IQ (он определяется с помощью специальных тестов интеллекта: Стенфорд-Бине, Векслера, Рейвена, Кеттелла и др.), но для выявления патологического снижения памяти на геометрические фигуры (когда она не соответствует уровню интеллекта, определяющемуся соответствующими тестами), которое может иметь место и при относительно сохранном интеллекте испытуемого [18].

Геометрической абстрактностью предъявляемого материала эта методика напоминает субтест «конструирование из кубиков», представляющий собой модифицированную Векслером пробу Кооса. Вместе с тем, в отличие от «конструирования из кубиков», выполняемого по образцу-

схеме, методика Бентона предполагает существенную нагрузку, прежде всего, на память испытуемого, особенно, когда одновременно в поле зрения предъявляется не одна, а несколько фигур. Это делает задание особенно трудным для больных с височными, височно-теменными и диффузными органическими поражениями, сопровождающимися снижением памяти [39].

7. «Тест интерференции» Струпа.

Тест интерференции, разработанный Струпом в 1935 году, направлен на изучение когнитивной переключаемости «гибкость-ригидность когнитивного контроля», то есть способности испытуемого быстро реагировать на изменение условий, заданий, ситуаций. Методика адаптирована М. В. Зотовым [52].

Классический вариант теста Струпа включает в себя три стимульные карты: карту слов (синий, зеленый, красный, желтый) с черным цветом шрифта, карту цветных квадратов и карту слов, напечатанных цветом, не соответствующим значению слов. Задача испытуемого состояла из трех этапов: 1) чтение названий цветов, напечатанных черным шрифтом; 2) называние цветов со второй карты; 3) называние цвета слова, где цвет шрифта отличается от значения слова. Отмечаются время прохождения каждого этапа и сопутствующие ошибки воспроизведения.

Карта первой части теста Струпа содержит десять строчек с названиями пяти цветов, напечатанными черным. Испытуемого просят прочитать названия цветов так быстро, как это возможно. Регистрируемый показатель – время выполнения задания. Время выполнения задания зависит от темпа психических процессов (может возрасть при брадифрениии, обусловленной нейролептическим паркинсонизмом или фоновым органическим поражением ЦНС) и от способности больного сосредоточиться на задании (как уже говорилось выше, неспособность к сосредоточению может быть обусловлена выраженными аффективными расстройствами или «загруженностью» психотическими переживаниями).

Карта второй части теста представляет собой десять строчек с десятью кругами разного цвета в каждой. Испытуемого просят назвать цвет каждого круга. Это делается для исключения аномалий цветового зрения.

Стимульный материал третьей части теста представляет собой бланк, на котором напечатано 100 слов, обозначающих различные цвета, причем цвет шрифта, которым напечатано слово, и цвет, который это слово обозначает, не совпадают. Задача испытуемого – как можно быстрее называть цвет шрифта, которым напечатаны слова, не читая этих слов. Регистрируемые показатели – время выполнения задания и число ошибок (когда испытуемый просто читает слово, игнорируя его цвет). Трудность экспериментального задания обусловлена тем, что испытуемому необходимо перейти от привычной, укорененной в опыте установки читать написанное слово к новой установке – называть цвет шрифта, которым оно напечатано. Таким образом, при выполнении теста сталкиваются две конкурирующие установки, причем испытуемый должен подавлять доминантную установку (чтение слов) в пользу более слабой (называние цвета шрифта). Большое количество ошибок и медленный темп выполнения задания отражают затруднения переключаемости внимания, инертность, тугоподвижность познавательных процессов. Ценность теста Струпа заключается в том, что он (при обследовании больных с сопоставимой остротой состояния и интенсивностью психофармакотерапии) позволяет дифференцировать нейрокогнитивные нарушения, обусловленные коморбидным органическим поражением ЦНС, и нейрокогнитивные нарушения, обусловленные самой шизофренией: при наличии органического фона ожидается как увеличение времени выполнения первой части теста, так и увеличение времени выполнения второй части и количества ошибок во второй части теста, в то время как при «чисто шизофреническом» нейрокогнитивном дефиците ожидается близкое к норме время выполнения первой части теста и повышение времени выполнения и количества ошибок во второй части. Существенно то, что получаемая испытуемым оценка за выполнение задания

теста переводится в стандартизованную оценку по специальной шкале, учитывающей возраст испытуемого (от 20 до 65 лет) [128, 52].

8. «Интегративный тест тревожности»

«Интегративный тест тревожности» (ИТТ) является современной модификацией «Шкалы реактивной и личностной тревожности» Ч. Спилбергера и направлен на выявление уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики [19].

В соответствии с концепцией, положенной в основу методики, тревога как эмоциональное состояние возникает в ответ на стрессовое воздействие, характеризуется наличием субъективно неприятных переживаний напряженности, беспокойства, угрозы; может быть различной интенсивности, динамична и изменчива во времени. В противоположность этому, личностная тревожность рассматривается как относительно устойчивая индивидуальная психологическая характеристика, облегчающая возникновение реакций тревоги, как склонность воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающие, особенно в социально значимых ситуациях угрозы престижу, самооценке, самоуважению индивида [21].

В отличие от оригинальной методики Ч. Спилбергера, интегративный тест тревожности позволяет выявить не только общий уровень реактивной и личностной тревожности, но и провести дифференцированную оценку их структуры; в каждом случае анализируется общий показатель тревоги (тревожности) и показатели отдельных компонентов: эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, фобический компонент, тревожная оценка перспектив и социальные реакции защиты [21].

Субшкала «Эмоциональный Дискомфорт» (ЭД) отражает наличие эмоциональных расстройств, сниженный эмоциональный фон или неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональную напряженность, элементы агитации.

Субшкала «Астенический Компонент Тревожности» (АСТ) отражает наличие усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

Субшкала «Фобический Компонент Тревожности» (ФОБ) отражает ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Испытуемые с пиком по данной шкале не всегда могут сформулировать источник своих тревог и в беседе апеллируют главным образом к феноменологии «хронических» страхов, периодически возрастающих в зависимости от внутреннего состояния или обострения внешней ситуации.

Четвертая вспомогательная шкала – «Тревожной Оценки Перспектив» (ОП) тесно связана с предыдущей, но здесь отчетливо прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Пятая вспомогательная шкала обозначена как «Социальные Реакции Защиты» (СЗ), что связано с проявлениями тревожности в сфере социальных контактов или с попытками испытуемого рассматривать социальную сферу как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе.

Результаты исследования выражаются в стандартизованных баллах – станайнах; авторами теста определены границы средне-нормативного диапазона (от 4 до 6 станайнов). Оценка по шкале общей тревоги ниже 4 станайнов соответствует низкому уровню тревожности, а оценка от 7 станайнов и выше свидетельствует о высоком уровне тревожности, о наличии дезадаптации как в интер- или интраиндивидуальных отношениях, так и о наличии дисгармонии со средой в целом [21, 39].

9. «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS).

Термин «алекситимия» был введен в 1972 году Р. Е. Sifneos для обозначения определенных личностных особенностей пациентов с

психосоматическими расстройствами – трудности для нахождения подходящих слов для описания собственных чувств, бедность фантазии, утилитарный способ мышления, тенденция к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях [21].

«Торонтская алекситимическая шкала» представляет собой опросник самоотчета, состоящий из 26 пунктов. Испытуемый отмечает каждое утверждение, используя пять градаций — от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен», применяя утверждение к себе. Итоговая оценка — это сумма баллов по всем пунктам теста-опросника [21].

По современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [44]. Существует мнение о том, что подобные свойства личности приводят к усилению физиологических реакций на стресс, фиксации на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению и далее – к формированию ипохондрических установок и психосоматических расстройств. В связи с этим предполагается, что алекситимия является одним из факторов, играющих существенную роль в патогенезе психосоматических заболеваний и неврозов с соматизированной клинической картиной.

Среди имеющихся в настоящее время различных методов диагностики алекситимии (стандартизованных самоотчетов, методов экспертной оценки, проективных техник) адаптирована с получением нормативов на отечественном контингенте только одна – «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS) [45].

«Торонтская алекситимическая шкала» создана G. J. Taylor и соавт. с

применением концептуально-ориентированного, факторного подхода [45]. Определив основные сферы, отражающие, по мнению авторов, сущность концепции алекситимии, было разработано 41 утверждение, с помощью которых испытуемый мог характеризовать себя, применяя шкалу Ликерта (от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен»), при этом половина пунктов имела положительный код, а другая половина — отрицательный, чтобы избежать однонаправленного согласия в ответах.

При анализе результатов TAS итоговая оценка сопоставляется с пороговыми значениями: для выявления «алекситимических» пациентов авторами оригинального варианта методики рекомендованы 74 балла и выше, а 62 балла и ниже – для «неалекситимических» пациентов (теоретическое распределение результатов – от 26 до 130 баллов). При анализе результатов TAS целесообразно также опираться на статистические характеристики показателя алекситимии, полученные авторами адаптации методики на группах больных неврозами, психосоматическими заболеваниями и здоровых лиц [21, 39, 45].

2.2.3. Методы математико-статистической обработки данных

Вся совокупность изученных клинических, социально-демографических, психосоциальных и индивидуально-психологических характеристик, а также психодиагностических показателей каждого пациента с целью дальнейшего анализа отражалась в специально разработанной информационной карте, содержащей 75 пунктов (см. приложение 1). Математико-статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с помощью стандартных методов математической статистики, включенных в статистический пакет IBM SPSS Statistics 23.0 и Microsoft Office Excel 2007.

Результаты клинико-психологического интервью в группах пациентов пожилого и среднего возраста сопоставлялись и оценивались с помощью

анализа таблиц сопряженности и критерия χ^2 -Пирсона. Анализ различий средних значений психометрических показателей (количественных признаков) в независимых выборках (по возрастному критерию) с помощью критерия t-Стьюдента для независимых выборок и критерия U-Манна-Уитни. Анализ различий средних значений психометрических показателей (количественных признаков) в зависимых выборках (до/после операции) с помощью критерия t-Стьюдента для зависимых выборок и критерия Т-Вилкоксона. Для сравнения полученных показателей с нормативными данными – одновыборочный критерий t-Стьюдента.

Для сопоставления результатов исследования в группах пациентов с различной когнитивной динамикой различия частот (номинативные данные) вычислялись по критерию χ^2 -Пирсона, различия средних показателей – по критерию U-Манна-Уитни.

Полученные результаты математико-статистического анализа оформлялись в табличном виде.

Глава 3. Результаты психологического исследования.

В данной главе представлены результаты клинико-психологического и сравнительного психодиагностического дипломного исследования когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию. Представлены результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей двух групп больных ишемической болезнью сердца – пожилого и среднего возраста в периоперационном периоде операции коронарного шунтирования. Приводится обобщение и оценка полученных результатов.

3.1. Результаты клинико-психологического исследования.

В этом параграфе отражены психосоциальные, клинико-психологические и клинические характеристики пациентов, полученные с помощью специально разработанного структурированного интервью и изучения медицинской документации (см. приложение 1).

В соответствии с задачами дипломного исследования, были изучены основные психосоциальные характеристики всех больных ишемической болезнью сердца, готовящихся к операции коронарного шунтирования: проведен анализ особенностей межличностных и семейных отношений, специфики образа жизни, а также отношения пациентов к болезни, лечению, предстоящей операции, прогнозу социально-трудового восстановления.

В таблице 7 представлены основные психосоциальные характеристики 56 больных ишемической болезнью сердца, полученные в период подготовки к оперативному вмешательству.

Таблица 7 – Отношения в семье, ближайшем социальном окружении и образ жизни

Психосоциальные характеристики		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Особенности семейных отношений в настоящее время	хорошие, теплые	13	46,4	21	75,0	34	60,7
	нейтральные, формальный контакт	11	39,3	7	25,0	18	32,1
	открытые конфликты	4	14,3	0	0,0	4	7,1
$\chi^2=6,771; p<0.05$							
Эмоциональная поддержка вне семьи	теплые, эмоциональная поддержка	7	25,0	17	60,7	24	42,9
	нейтральные, контакт «на расстоянии»	13	46,4	8	28,6	21	37,5
	отсутствие отношений вне семьи	8	28,6	3	10,7	11	19,6
$\chi^2=7,630; p<0.05$							
Наличие и специфика актуальной психотравмир. ситуации	отсутствуют	12	42,9	15	53,6	27	48,2
	наличие острого стресса	3	10,7	6	21,4	9	16,1
	затяжная психотравмир. ситуация	13	46,4	7	25,0	20	35,7
Степень социальной активности	активно вовлечен	8	28,6	11	39,3	19	33,9
	принимает участие	12	42,9	14	50,0	26	46,4
	не задействован	8	28,6	3	10,7	11	19,6
Увлечения, хобби	наличие постоянного хобби	16	57,1	14	50,0	30	53,6
	частая смена, интересы поверхностны	2	7,1	4	14,3	6	10,7
	отсутствуют	10	35,7	10	35,7	20	35,7

Исходя из данных таблицы 7 видно, что большинство пациентов (60,7%) в период подготовки к операции охарактеризовали свои семейные отношения как хорошие и теплые, 32,1% – как нейтральные и 7,1% пациентов указали на наличие открытых конфликтов в семье. При этом у 42,9% испытуемых отношения с друзьями и знакомыми отмечаются как теплые с эмоциональной поддержкой. Нейтральные отношения («на расстоянии») вне семьи отмечаются у 37,5% больных, а 19,6% пациентов отметили отсутствие отношений вне семьи. В 46,4% случаях пациенты принимают участие в жизни семьи и общества, 33,9% больных отмечают свою активную вовлеченность в жизнь семьи и общества. Не задействованы в жизни семьи и общества 19,6% пациентов. Также у 53,6% испытуемых имеется постоянное хобби или увлечение, отсутствие постоянного увлечения

отмечают 35,7% испытуемых, частую смену увлечений/поверхностный интерес – 10,7%.

Необходимо отметить, что затяжная психотравмирующая ситуация была отмечена лишь у 35,7 % пациентов, острый стресс – у 16,1 %, а у остальных испытуемых (48,2%) какая-либо психотравмирующая ситуация, по их мнению, отсутствует. Основными источниками негативных переживаний, как правило, являлись: состояние здоровья обследуемого, необходимость оперативного вмешательства, потеря трудоспособности, смерть или болезнь близкого человека.

Следует также отметить, что жалобы на текущий когнитивный статус есть у 57,1% больных. Кроме того, полученные данные позволяют говорить о статистически значимых различиях между группами пациентов ($\chi^2=7,292$; $p<0,05$): пациенты пожилого возраста чаще высказывали жалобы на текущий когнитивный статус (около 75% всех опрошенных пациентов), чем пациенты среднего возраста.

Кроме того выявлено статистически значимое различие ($\chi^2=5,414$; $p<0,05$) между группами по наличию физической активности до операции. Пациенты пожилого возраста (67,9 %) чаще отмечали отсутствие физической активности до операции, в то время как пациенты среднего возраста, наоборот, чаще были физически активны до госпитализации (85,8 %).

Таким образом, из представленных в таблице 7 данных можно сделать вывод о статистически значимом ($p<0,05$) различии по признакам: «особенности семейных отношений в настоящее время» и «эмоциональная поддержка вне семьи».

По особенностям семейных отношений в настоящее время группы пациентов различаются следующим образом: пациенты среднего возраста чаще отмечают семейные отношения как теплые и поддерживающие, нежели пациенты пожилого возраста. Об открытых семейных конфликтах отмечали 14,3% пожилых пациентов.

По особенностям эмоциональной поддержки вне семьи группы

пациентов также имеют различия: больные пожилого возраста с ишемической болезнью сердца реже отмечают наличие теплой и эмоциональной поддержки вне семьи, нежели пациенты среднего возраста. Следует отметить, что отметили отсутствие контактов и отношений вне семьи 28,6% пациентов пожилого возраста.

Статистически значимых различий между группами пациентов по другим психосоциальным характеристикам не обнаружено.

Ниже в таблице 8 представлены основные клинико-психологические характеристики больных ишемической болезнью сердца. Проведен статистический анализ особенностей отношения пациентов к болезни, операции и лечению.

Таблица 8 – Отношение к болезни, лечению и предстоящей операции

Клинико-психологические характеристики		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Причина развития ИБС, по мнению больного	физические нагрузки	8	28,6	6	21,4	14	25,0
	эмоциональное перенапряжение	9	32,1	11	39,3	20	35,7
	неправильный образ жизни	6	21,4	9	32,1	15	26,8
	наследственность	3	10,7	2	7,1	5	8,9
	другое	2	7,1	0	0,0	2	3,6
Мотивы принятия решения об операции	улучшение качества жизни	18	64,3	11	39,3	29	51,8
	рекомендации врача	8	28,6	9	32,1	17	30,4
	сохранение трудоспособности	1	3,6	8	28,6	9	16,1
	другое	1	3,6	0	0,0	1	1,8
$\chi^2=8,193; p<0.05$							
Отношение к операции	позитивное	9	32,1	6	21,4	15	26,8
	необходимость	15	53,6	14	50,0	29	51,8
	негативное	4	14,3	8	28,6	12	21,4
Осведомленность об основном заболевании (ИБС)	четкое представление	9	32,1	6	21,4	15	26,8
	общее представление	12	42,9	18	64,3	30	53,6
	не осведомлен	7	25,0	4	14,3	11	19,6
Осведомленность о предстоящей операции, ее последствиях	четкое представление	8	28,6	8	28,6	16	28,6
	общее представление	15	53,6	14	50,0	29	51,8
	не осведомлен	5	17,9	6	21,4	11	19,6

Клинико-психологические характеристики		Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Всего (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Мотивы продолжения трудовой деятельности после операции	нет	14	50,0	7	25,0	21	37,5
	исключительно экономические	4	14,3	10	35,7	14	25,0
	интересная, любимая работа	5	17,9	8	28,6	13	23,2
	нежелание «быть больным»	5	17,9	3	10,7	8	14,3
Оценка прогноза трудоспособности после операции	оптимистическая	10	35,7	16	57,1	26	46,4
	нейтральная	11	39,3	5	17,9	16	28,6
	пессимистическая	7	25,0	7	25,0	14	25,0
Отношение к лечению	регулярно	24	85,7	18	64,3	42	75,0
	нерегулярно	3	10,7	8	28,6	11	19,6
	не лечится	1	3,6	2	7,1	3	5,4
Отношение к обследованию	охотное согласие	14	50,0	18	64,3	32	57,1
	формальное	14	50,0	10	35,7	24	42,9
	негативное	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Согласно данным в таблице 8, по мнению пациентов, наиболее распространённой причиной развития у них ишемической болезни сердца являлось эмоциональное перенапряжение (35,7%), а также больные выделяли неправильный образ жизни и повышенные физические нагрузки – 26,8% и 25% соответственно.

Исходя из данных таблицы 8 видно, что большинство пациентов (51,8%) согласились на хирургическое лечение с целью улучшения качества жизни и самочувствия; последовало рекомендациям врача – 30,4% больных, и лишь 16,1% согласились с целью сохранения трудоспособности. При этом 51,8% больных рассматривали предстоящую операцию как вынужденную необходимость, таким образом, 26,8 % считали операцию положительным событием и 21,4 % – исключительно негативным.

Пациентов, оказавшихся не осведомленными о собственном заболевании, составило около 20% от числа всех обследованных в рамках данной работы. Число больных, имеющих общее представление о заболевании, составило 53,6%, а число больных, имеющих четкое представление, – 26,8%. О характере предстоящей операции, а также её последствиях имеют четкое представление лишь 28,6% пациентов, большинство имеют лишь общее представление об операции и последствиях

(51,8%). Число пациентов, не осведомленных как об операции, так и её последствиях, также как и в первом случае составило около 20%.

Большинство пациентов придерживаются оптимистического прогноза в отношении их трудовой деятельности после коронарного шунтирования (46,4%); 28,6 % опрошенных больных придерживаются нейтрального прогноза, и 25% – исключительно негативного. Большинство пациентов не определяют никаких перспектив для возобновления трудовой деятельности после операции коронарного шунтирования (37,5%); 25 % пациентов выделяют экономические мотивы для возобновления деятельности. 23,2 % испытуемых выделяют интересную и любимую работу, и лишь 14,3 % пациентов определяют нежелание «быть больным» для возобновления трудовой деятельности.

Признались в том, что нерегулярно принимают лекарственные препараты или не принимают их вообще, 19,6% и 5,4% обследованных больных, соответственно. Однако в то же время, средний балл по методике оценки комплаентности пациентов Мориски-Грина составил 4,75 балла из 8 возможных, что соответствует хорошей приверженности лечению. Регулярно выполняют рекомендации врача 75 % пациентов.

В отношении проводимого исследования 57,1 % испытуемых охотно согласились на данное обследование, в то время как остальные 42,9 % отнеслись к нему формально и без особого интереса к результатам исследования.

Выявлено статистически значимое различие ($p < 0,05$) между группами по мотивам принятия решения об операции. Большинство пациентов (64,3%) в группе больных пожилого возраста отличаются мотивами к операции с целью улучшения качества жизни и самочувствия. 3,6% пожилых пациентов характеризуются мотивацией к операции с целью сохранения трудоспособности. В группе пациентов среднего возраста наблюдается преобладание мотива сохранения трудоспособности (28,6%), чем в группе у пожилых пациентов. Но в то же время 39,3 % пациентов среднего возраста

отмечают мотив к операции по причине улучшения качества жизни.

Таковы основные психосоциальные характеристики изученных больных ишемической болезнью сердца, а также основные клиничко-психологические характеристики, отражающие отношение пациентов к болезни, лечению, предстоящему оперативному лечению, его прогнозу, и в целом, к жизненной ситуации, сложившейся в связи с тяжелым заболеванием сердечно-сосудистой системы и необходимостью реваскуляризации миокарда. Подробное описание клинических характеристик изучаемого контингента пациентов представлено во второй главе данной работы.

Также, в рамках специально разработанного структурированного клиничко-психологического интервью (см. приложение 1) пациентам было предложено также оценить состояние собственного здоровья по 10-бальной шкале на каждом этапе исследования. На первом и втором этапах исследования этот показатель составил $5,95 \pm 1,63$ и $5,83 \pm 1,89$ баллов соответственно.

Средняя субъективная оценка эффективности операции и реабилитации пациентом (по 10-бальной шкале) составила $7,39 \pm 2,05$ баллов.

Кроме того, пациентам было предложено оценить когнитивный статус по 10-бальной шкале на каждом этапе исследования. На первом этапе исследования средний показатель составил $6,95 \pm 1,68$ баллов, на втором – $6,71 \pm 2,08$ баллов. В предоперационном периоде предъявили жалобы на текущий когнитивный статус 57,1% больных.

Немало важно, что жалобы пациентов зачастую относятся к актуальному состоянию здоровья. Они быстро истощаются и испытывают чувство усталости. Кроме жалоб на самочувствие, распространенным комментарием является жалоба на постоянное чувство беспокойства, тревоги и собственного бессилия. Подобные негативные высказывания больных показывают необходимость психологического предоперационного и послеоперационного сопровождения.

Таким образом, в процессе анализа полученных в ходе клинико-психологического интервью данных были выявлены статистически достоверные различия между группами по таким характеристикам, как особенности семейных отношений в настоящее время ($p < 0,05$), эмоциональная поддержка вне семьи ($p < 0,05$), наличие физической активности до операции ($p < 0,05$), мотивы принятия решения об операции ($p < 0,05$), жалобы на текущий когнитивный статус ($p < 0,05$).

3.2 Результаты сравнительного динамического психодиагностического исследования лиц пожилого и среднего возраста.

В данном параграфе представлены результаты изучения и сравнительного психодиагностического исследования групп больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся операции коронарного шунтирования, направленного на изучение особенностей (в сопоставлении с нормативными данными) и динамики когнитивных функций в периоперационном периоде (до операции и через 7-10 дней после операции), а также особенностей и динамики эмоционального состояния больных в течение этого периода.

Динамика основных показателей когнитивного функционирования в периоперационном периоде коронарного шунтирования.

Ниже в таблице 9 представлены основные результаты изучения динамики показателей когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца двух возрастных групп на дооперационном и послеоперационном периодах.

Таблица 9 – Показатели когнитивного функционирования пациентов, перенесших КШ

Основные показатели когнитивного функционирования	Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Достоверные различия
	Первый этап (до операции) А	Второй этап (через 7-10 дней после операции) В	Первый этап (до операции) С	Второй этап (через 7-10 дней после операции) D	
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Кратковременная механическая память («10 слов»), количество воспроизведенных слов после 5 предъявлений	7,73 ± 1,5	7,46 ± 1,7	8,00 ± 1,6	8,22 ± 1,4	
Долговременная механическая память («10 слов»), количество воспроизведенных слов через 1 час после предъявления	5,08 ± 1,7	5,42 ± 2,1	5,79 ± 2,1	6,19 ± 1,8	
Зрительная память (тест Бентона), балл	6,77 ± 1,8	7,20 ± 1,6	7,18 ± 1,8	7,30 ± 1,6	
Логическая память («Запоминание рассказов»), балл	3,81 ± 1,2	4,24 ± 1,1	4,00 ± 1,0	4,11 ± 1,0	AB*
Вербально-логическое мышление (субтест «Сходство»), балл	19,31 ± 3,3	19,50 ± 3,3	18,61 ± 3,8	19,11 ± 3,6	
Вербально-логическое мышление («Простые аналогии»), балл	8,92 ± 2,4	7,83 ± 2,4	7,89 ± 2,6	8,00 ± 2,1	AB**
Пространственно-конструкторское мышление (субтест «Кубики Кооса»), балл	24,67 ± 9,5	25,48 ± 9,8	33,00 ± 8,9	35,11 ± 7,9	CD* AC* BD**
Темп психической деятельности, концентрация внимания (ТМТ-А), балл	5,12 ± 3,0	4,20 ± 3,5	5,04 ± 2,7	5,59 ± 2,5	
Переключаемость активного внимания (ТМТ-В), балл	3,19 ± 2,8	2,80 ± 3,0	4,75 ± 2,9	4,67 ± 2,5	AC* BD*
Темп психических процессов (Струп-тест), балл	6,82 ± 2,7		5,80 ± 1,6		
Селективность внимания (Струп-тест), балл	3,53 ± 2,4		3,15 ± 2,6		
Субъективная оценка когнитивного функционирования	6,30 ± 1,7	6,21 ± 2,3	7,71 ± 1,3	7,31 ± 1,7	AC*

Примечание. В этой и последующих таблицах в графе «Достоверные различия» знак * соответствует уровню статистической значимости $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

Результаты, представленные в таблице 9, охватывают три основные сферы когнитивного функционирования: память, мышление и внимание. Особенности мнестической деятельности пациентов, перенесших коронарное шунтирование, изучались с помощью трех психодиагностических методов: патопсихологические методики «10 слов» и «Запоминание рассказов», а также «Тест зрительной ретенции» А. Бентона. По полученным данным была

проанализирована специфика и динамика кратковременной и долговременной механической рече-слуховой памяти, логической и зрительной памяти.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что объем кратковременной механической памяти пациентов среднего возраста улучшился спустя 7-10 дней после операции по сравнению с дооперационным уровнем ($8,00 \pm 1,6$ и $8,22 \pm 1,4$ соответственно), в то время как у пациентов пожилого возраста объем кратковременной механической памяти ухудшился спустя 7-10 дней после операции ($7,73 \pm 1,5$ и $7,46 \pm 1,7$ соответственно). Однако полученные данные не позволяют отметить наличие статистически значимых различий по показателям объема кратковременной механической памяти.

В отношении объема долговременной механической памяти в послеоперационном периоде также не было выявлено статистически значимых различий. У всех пациентов, перенесших коронарное шунтирование, отмечается улучшение показателя долговременной памяти после операции ($5,08 \pm 1,7$ и $5,42 \pm 2,1$ – у лиц пожилого возраста; $5,79 \pm 2,1$ и $6,19 \pm 1,8$ – у лиц среднего возраста).

Отмечается положительная динамика когнитивных функций в отношении показателя зрительной памяти в послеоперационном периоде (или же отсутствие изменений с сохранением преморбидного высокого уровня (см. приложение 3)) как у лиц пожилого возраста ($6,77 \pm 1,8$ и $7,20 \pm 1,6$), так и у лиц среднего возраста ($7,18 \pm 1,8$ и $7,30 \pm 1,6$). Однако полученные данные не позволяют отметить наличие статистически значимых различий.

Отмечается статистически значимое различие между показателями логической памяти на дооперационном и послеоперационном этапе у лиц пожилого возраста ($3,81 \pm 1,2$ и $4,24 \pm 1,1$ соответственно; $p < 0,05$). Также отмечается небольшое улучшение показателя логической памяти у лиц среднего возраста ($4,00 \pm 1,0$ и $4,11 \pm 1,0$), однако без статистически

значимых различий.

Для изучения особенностей вербально-логического и пространственно-конструкторского мышления пациентов были использованы: патопсихологическая методика «Простые аналогии», субтесты «Сходство» и «Кубики Кооса» многомерного теста Д. Векслера. У пациентов среднего возраста при изучении вербально-логического мышления выявлено улучшение (повышение) показателей обеих соответствующих методик («Простые аналогии» и «Сходство»), что отражало повышение уровня обобщения и способности к установлению логических связей между предметами и явлениями на 7-10 день после операции по сравнению с дооперационным периодом. Наблюдаемые в данном случае когнитивные изменения в раннем послеоперационном периоде могут быть объяснены положительным эффектом коронарного шунтирования для когнитивного функционирования [128, 39].

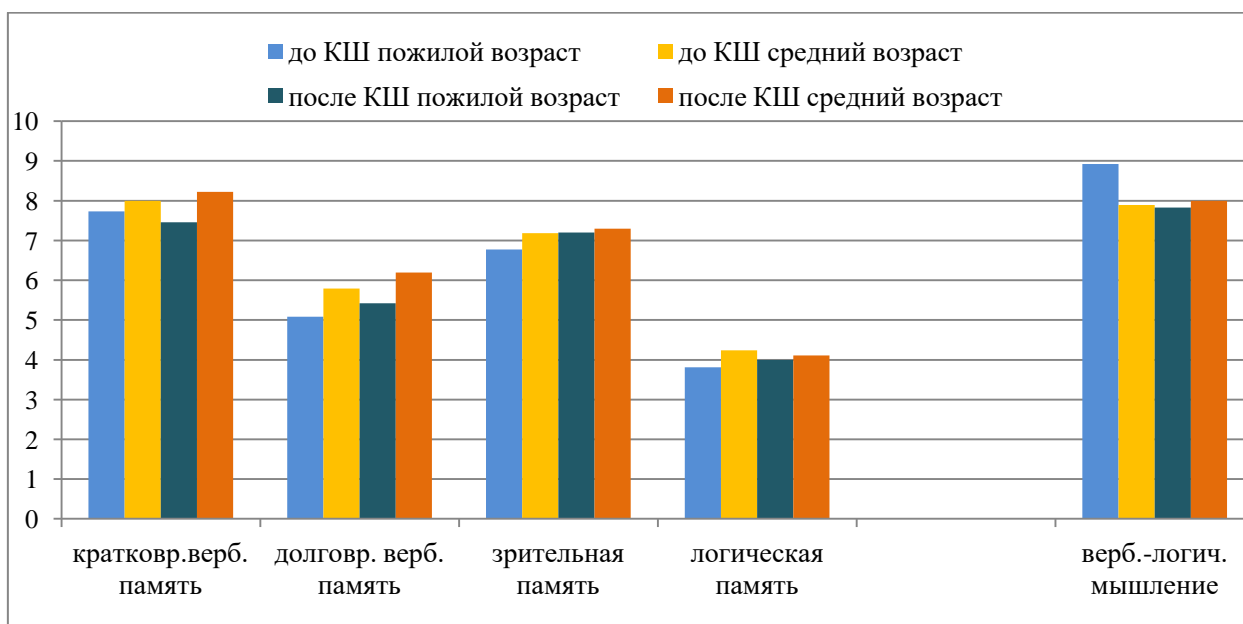
Однако у пациентов пожилого возраста обнаружена статистически достоверная ($p < 0,001$) обратная динамика в отношении показателя вербально-логического мышления (по методике «Простые аналогии»). В послеоперационном периоде показатели ниже, чем в преморбидном дооперационном ($8,92 \pm 2,4$ и $7,83 \pm 2,4$ соответственно). Подобные изменения могут быть объяснены негативным воздействием на головной мозг и систему кровоснабжения как специфических (длительность пережатия аорты, длительность ИК, количество подлежащих шунтированию артерий), так и неспецифических интраоперационных факторов (наркоз, сопутствующее оперативному вмешательству стрессовое состояние) [128, 39]. В отношении методики «Сходство» обнаружено незначительное повышение показателя вербально-логического мышления ($19,31 \pm 3,3$ и $19,50 \pm 3,3$).

Статистически достоверная положительная динамика была выявлена в группе пациентов среднего возраста в отношении пространственно-конструкторского мышления ($p < 0,05$). Показатель субтеста «Кубики Кооса»,

измеренный через 7-10 после операции, оказался выше дооперационного, что отражает повышение не только уровня стерео-мышления, но и зрительной памяти, конструктивного праксиса, а также уровня абстрактно-логического мышления, проявляющегося при оперировании в пространстве геометрическими (абстрактными) объектами. Кроме того обнаружены статистические различия между группами пациентов на первом этапе психодиагностического исследования и на втором. Показатель субтеста «Кубики Кооса», измеренный в дооперационный уровень, у пациентов пожилого возраста достоверно ниже, чем у пациентов среднего возраста ($p < 0,05$), также статистически достоверно различие показателя на послеоперационном этапе ($p < 0,001$): у пожилых пациентов показатель ниже, чем у пациентов среднего возраста.

Приведенные данные позволяют предположить, что операция коронарного шунтирования может иметь, как и положительное, так и отрицательное влияние на мыслительную деятельность пациентов. Наглядное изображение полученных данных представлено на рисунке 1.

Рисунок 1 – Значения показателей когнитивного функционирования пациентов разных возрастных групп на разных этапах исследования (на оси абсцисс представлены показатели когнитивного функционирования, на оси ординат – баллы)



Особенности и динамика активного внимания, а также темпа психической деятельности были изучены с помощью «Методики последовательных соединений» (ТМТ-тест) и «Теста интерференции» Струпа. Статистически значимых различий показателей темпа психической деятельности, концентрации внимания, измеренных с помощью как ТМТ-теста, так и Струп-теста, получено не было. Однако обнаружены статистически достоверные различия в обеих группах по ТМТ-тесту вариант В: показатели переключаемости внимания, полученные после операции, достоверно ниже, чем измеренные на дооперационном этапе ($p < 0,05$).

Помимо того, в рамках дипломной работы был проведен сравнительный анализ показателей когнитивного функционирования пациентов с ишемической болезнью, перенесших коронарного шунтирования, и нормативных данных, представленных в литературе.

В таблице 10 приведены результаты сравнения показателей психомоторного темпа и активного внимания больных двух возрастных выборок с ишемической болезнью сердца, полученных на разных этапах лечения, с нормативными показателями, полученными автором адаптации методик на выборке здоровых лиц [52].

Таблица 10 – Сравнение показателей когнитивного функционирования пациентов, перенесших КШ, с нормативными данными

Основные показатели когнитивного функционирования	Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Норма Е	Достоверные различия
	Первый этап (до операции) А	Второй этап (через 7-10 дней после операции) В	Первый этап (до операции) С	Второй этап (через 7-10 дней после операции) D		
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m		
Темп психической деятельности, концентрация внимания (ТМТ-А), балл	5,12 ± 3,0	4,20 ± 3,5	5,04 ± 2,7	5,59 ± 2,5	6,75 ± 2,3	AE*, BE**, CE*, DE*
Переключаемость активного внимания (ТМТ-В), балл	3,19 ± 2,8	2,80 ± 3,0	4,75 ± 2,9	4,67 ± 2,5	6,31 ± 2,2	AE**, BE**, CE*, DE*
Селективность внимания (Струп-тест), балл	3,53 ± 2,4		3,15 ± 2,6		5,21 ± 1,8	(AB)E*, (CD)E**

Приведенные в таблице 10 данные свидетельствуют о том, что такие показатели когнитивного функционирования, как темп психической деятельности, концентрация внимания, а также переключаемость активного внимания (ТМТ-тест) пациентов, перенесших коронарное шунтирование, в период до операции статистически ниже ($p < 0,05$), чем в нормативной выборке. При этом у пациентов пожилого возраста показатели статистически значительно ниже ($p < 0,001$), чем в нормативной выборке. Можно предположить, что изучаемые характеристики активного внимания и темпа психических процессов были подвержены негативному влиянию сердечно-сосудистой патологии (ишемическая болезнь сердца) и, в частности, атеросклероза коронарных артерий еще до проведения оперативного вмешательства. Также еще одной причиной дооперационного снижения изучаемых показателей может являться эмоциональное состояние пациентов, готовящихся к операции на открытом сердце. Однако показатели темпа психической деятельности, концентрации внимания, а также переключаемости активного внимания оказались достоверно ниже нормативных не только до операции, но и в послеоперационном периоде что, вероятно, объясняется влиянием наркоза, общей астении, сопровождающей ранний восстановительный период после операции [128, 39].

Для того, чтобы оценить индивидуальный когнитивный стиль, был использован тест словесно-цветовой интерференции Струпа, результаты которого показаны в таблице 9. При этом показатель селективности внимания в дооперационном периоде оказался также значительно ниже нормативного уровня (см. таблицу 10).

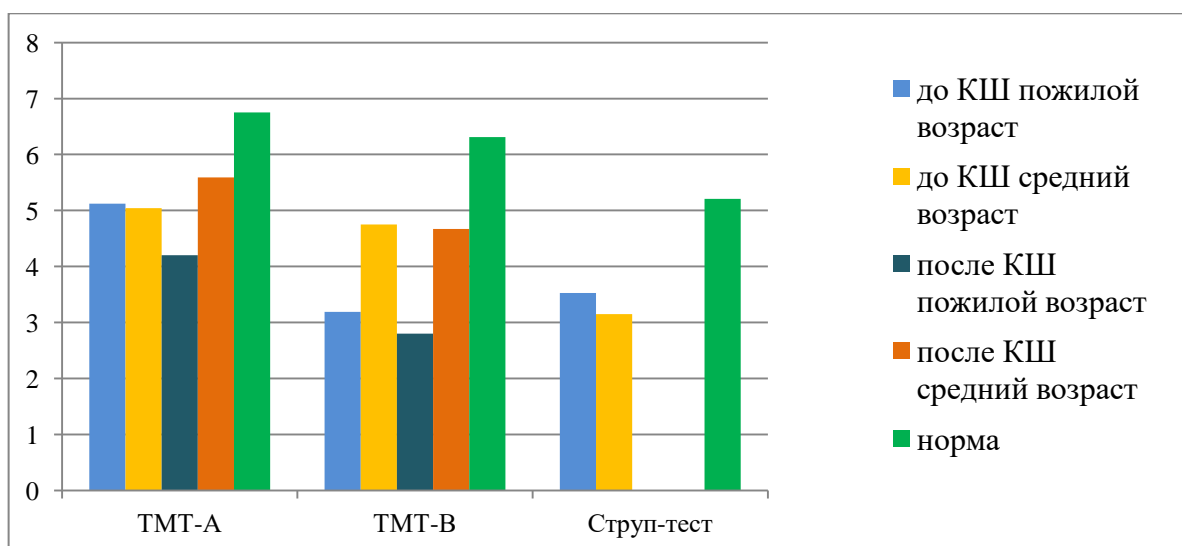
Показатель селективности внимания (Струп-тест), замеренный в предоперационном периоде, у пациентов пожилого возраста оказался значимо ниже нормативного уровня ($p < 0,05$). Кроме того у пациентов среднего возраста показатель селективности внимания оказался также значимо ниже нормативного уровня ($p < 0,001$).

Также при выполнении заданий Струп-теста учитывалось количество

ошибок, допущенных обследованными лицами. Среднее количество ошибок до операции, допущенных пациентами пожилого возраста, составляло $7,91 \pm 4,9$, тогда как у пациентов среднего возраста – $6,10 \pm 2,9$. Можно сделать вывод, что пациенты пожилого возраста испытывали большие затруднения переключаемости внимания, их познавательные процессы были более инертны и тугоподвижны, чем у пациентов среднего возраста.

Наглядное изображение полученных данных в сравнении с нормативными представлено на рисунке 2.

Рисунок 2 – Значения показателей когнитивного функционирования пациентов разных возрастных групп, перенесших КШ, в сопоставлении с нормативными данными (на оси абсцисс представлены психодиагностические методы, на оси ординат – баллы)



Кроме того, наряду с динамикой объективных показателей был проанализирован показатель субъективной оценки когнитивного функционирования, измеренный в дооперационном и послеоперационном периодах. В рамках специально разработанного структурированного клинико-психологического интервью (см. приложение 1) пациентам было предложено также оценить свой когнитивный статус по 10-бальной шкале на каждом этапе исследования. У лиц пожилого возраста, перенесших коронарное шунтирование, на первом и втором этапах исследования этот показатель составил $6,30 \pm 1,7$ и $6,21 \pm 2,3$ соответственно, а у лиц среднего

возраста – $7,71 \pm 1,3$ и $7,31 \pm 1,7$ соответственно. Отмечается статистически значимое различие между показателями субъективной оценки когнитивного статуса на дооперационном этапе у лиц пожилого возраста и среднего возраста ($6,30 \pm 1,7$ и $7,71 \pm 1,3$ соответственно; $p < 0,05$).

Можно предположить, что пациенты, перенесшие коронарное шунтирование склонны отмечать и замечать объективно обнаруженные как позитивные, так и негативные изменения в своей мнестической или мыслительной деятельности, в состоянии умственной работоспособности и психомоторной сферы. Интересно отметить, что пациенты субъективно отмечают ухудшение своего когнитивного функционирования после операции, например, распространенной жалобой больных была невозможность быстро припомнить известное слово, имена, категории.

Итак, представленные в данном параграфе результаты изучения динамики когнитивных функций пациентов, перенесших коронарного шунтирования, показывают, что когнитивный дефицит через 7-10 после операции у лиц пожилого возраста обнаруживается в сферах кратковременной механической памяти, вербально-логического мышления ($p < 0,05$), темпа психической деятельности, концентрации внимания и переключаемости активного внимания. Среди возможных причин подобного ухудшения следует указать как негативное воздействие изменений мозговой деятельности вследствие коронарного шунтирования, так и сниженный уровень мыслительной активности пациентов вследствие изменения образа жизни по сравнению с дооперационным этапом. Положительная динамика обнаружилась в сферах долговременной механической памяти, зрительной памяти, логической памяти ($p < 0,05$) и пространственно-конструкторского мышления.

Проведенное психодиагностическое исследование показало, что коронарное шунтирование может оказывать не только негативное, но и благоприятное воздействие на когнитивную сферу пациентов.

Динамика показателей эмоционального состояния в периоперационном периоде коронарного шунтирования.

Эмоциональное состояние больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование, до операции, а также в послеоперационном периоде в рамках данной работы изучалось с помощью методик «Интегративный тест тревожности» (ИТТ).

С помощью методики «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) были получены данные, отражающие общий уровень и выраженность различных компонентов ситуационной и личностной тревожности больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся оперативному вмешательству. Ниже в таблицах 11 и 12 приведены результаты исследования выраженности личностной тревожности, измеренной в период подготовки к операции коронарного шунтирования, а также сравнительного исследования выраженности показателей ситуационной тревожности, измеренных до оперативного вмешательства и через 7-10 дней после него.

Таблица 11 – Показатели ситуационной тревожности пациентов, перенесших КШ

Показатели компонентов ситуативной тревожности	Пациенты пожилого возраста (n=28)		Пациенты среднего возраста (n=28)		Достоверные различия
	Ситуационная тревожность на 1-ом этапе А	Ситуационная тревожность на 2-ом этапе В	Ситуационная тревожность на 1-ом этапе С	Ситуационная тревожность на 2-ом этапе D	
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Общий показатель	4,69 ± 2,7	3,81 ± 2,5	4,04 ± 2,6	3,85 ± 2,0	
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	4,73 ± 2,4	3,54 ± 2,4	3,22 ± 2,6	2,46 ± 2,0	АС*
Астенический компонент (АСТ)	5,00 ± 2,8	5,62 ± 2,3	4,41 ± 2,7	5,73 ± 2,4	
Фобический компонент (ФОБ)	4,96 ± 2,3	3,42 ± 2,7	4,22 ± 2,7	3,23 ± 2,3	АВ* СD*
Тревожная оценка перспективы (ОП)	4,81 ± 3,0	3,54 ± 2,7	4,96 ± 3,0	4,08 ± 2,5	
Социальные реакции защиты (СЗ)	3,38 ± 2,4	3,27 ± 2,4	4,41 ± 2,5	3,73 ± 2,4	

Таблица 12 – Показатели личностной тревожности пациентов, перенесших КШ

Показатели компонентов личностной тревожности	Пациенты пожилого возраста (n=28)	Пациенты среднего возраста (n=28)
	Личностная тревожность А	Личностная тревожность В
	М ± m	М ± m
Общий показатель	4,46 ± 2,4	4,81 ± 2,1
Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	5,00 ± 2,5	5,19 ± 2,1
Астенический компонент (АСТ)	4,57 ± 2,6	5,78 ± 1,9
Фобический компонент (ФОБ)	4,46 ± 2,3	3,81 ± 2,4
Тревожная оценка перспективы (ОП)	4,29 ± 2,7	4,59 ± 2,6
Социальные реакции защиты (СЗ)	3,71 ± 2,6	3,93 ± 2,4

Исходя из данных таблиц 11 и 12 видно, что большинство показателей как ситуационной, так и личностной тревожности изучаемого контингента больных соответствуют низкому уровню выраженности (ниже 4 станайнов). Анализ личностной тревожности позволяет сделать вывод о том, что наибольшая выраженность тревожности (соответствующая среднему уровню, то есть показатели 4 и 5 станайнов) была выявлена по следующим шкалам: «Эмоциональный дискомфорт», «Астенический компонент», а также «Тревожная оценка перспективы». Полученные данные отражают сниженный эмоциональный фон больных, неудовлетворенность жизненной ситуацией в целом, возможно, в связи с текущим заболеванием, преобладание в структуре тревожности усталости, быстрой утомляемости, и, зачастую, неверие в положительный исход лечения больных, находящихся на этапе подготовки к операции. Наглядное изображение полученных данных представлено на рисунках 3 и 4.

Представленные в таблице 11 результаты сравнительного анализа ситуационной тревожности на двух этапах исследования показывают, что общий показатель ситуационной тревожности на дооперационном этапе был выше, чем в послеоперационном этапе. Вероятнее всего, подобные

изменения в уровне выраженности ситуационной тревожности обусловлены тем, что дооперационный период сопряжен с сильными тревожными переживаниями пациентов относительно исхода предстоящей операции, которые отступают спустя несколько дней после операции.

Дооперационный период у лиц пожилого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца и перенесших коронарное шунтирование, характеризуется следующим изменением эмоционального состояния: возрастает выраженность «Фобического компонента», «Астенического компонента» и «Тревожной оценки перспективы» – это свидетельствует об ощущении непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности, быстрой истощаемостью, сильными тревожными переживаниями пациентов относительно предстоящей операции, а также общей озабоченности будущим (например, продолжением трудовой деятельности после восстановления после операции). Послеоперационный период пациентов пожилого возраста характеризуется возрастанием «Астенического компонента» – это свидетельствует о наличии расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

Также в послеоперационном периоде обнаружена статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение показателя «Фобического компонента», как у лиц пожилого возраста, так и у лиц среднего возраста. Можно предположить, что данное улучшение эмоционального состояния после операции связано с тем, что пациенты успешно перенесли операцию, и присущий ситуации оперативного вмешательства страх наркоза и даже смерти дезактуализировался.

Кроме того выявлено статистически достоверное различие ($p < 0,05$) между дооперационными показателями «Эмоционального дискомфорта» у пациентов пожилого возраста и среднего возраста. Показатель «Эмоционального дискомфорта» у пациентов среднего возраста соответствует низкому уровню выраженности (ниже 4 станайнов; $3,22 \pm 2,6$), в то время как у пациентов пожилого возраста – среднему уровню

выраженности ($4,73 \pm 2,4$).

Рисунок 3 – Значения показателей ситуационной тревожности пациентов разных возрастных групп, перенесших КШ на разных этапах исследования (на оси абсцисс представлены показатели эмоционального состояния, на оси ординат – баллы)

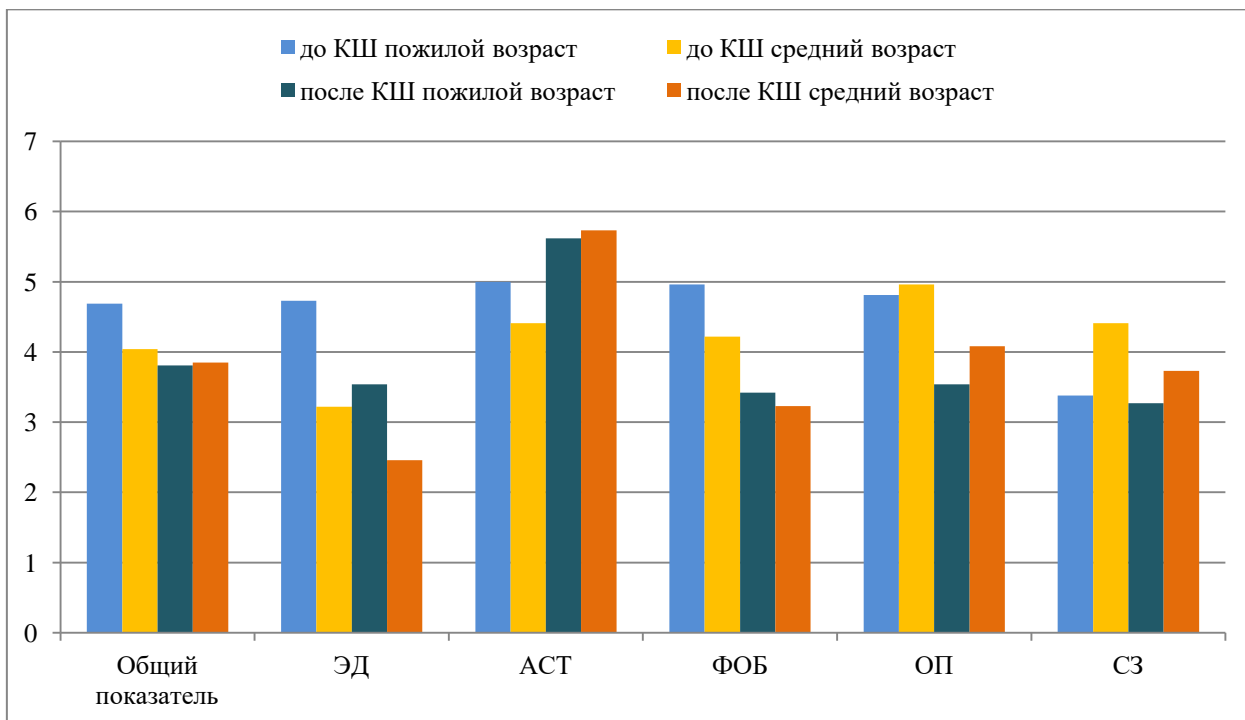
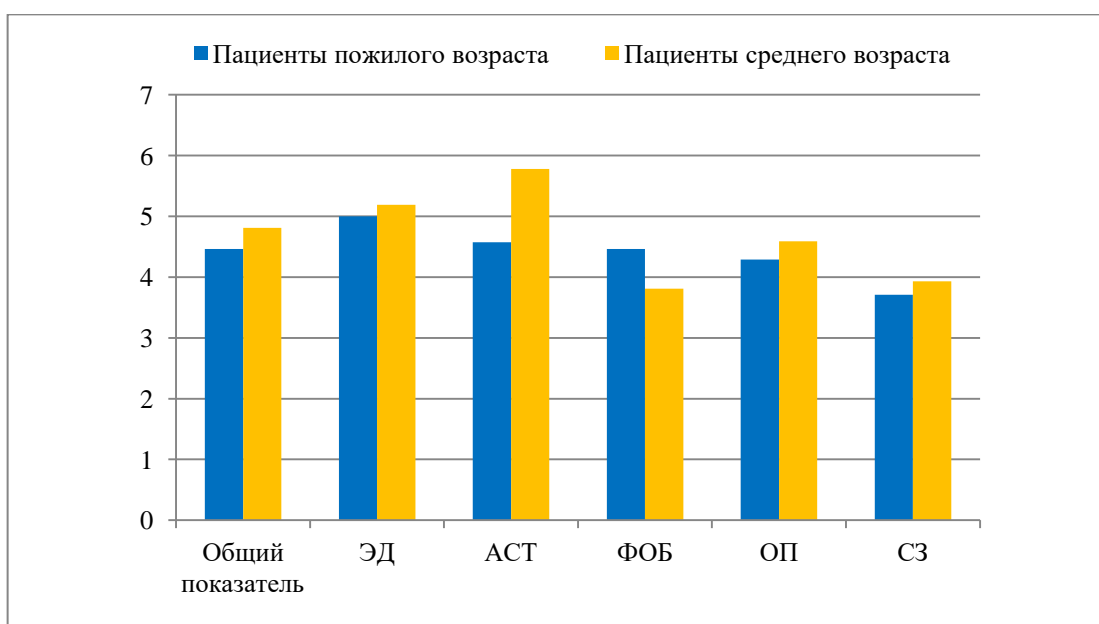


Рисунок 4 – Значения показателей личностной тревожности пациентов разных возрастных групп, перенесших КШ (на оси абсцисс представлены показатели эмоционального состояния, на оси ординат – баллы)



Также с помощью методики «Торонтская алекситимическая шкала» был измерен уровень алекситимии как комплекса когнитивно-аффективных свойств личности, связанного с риском развития и характером течения психосоматических заболеваний в период подготовки к реваскуляризации.

Полученные данные не позволяют отметить наличие статистически значимых различий между группами. Средний показатель по всем обследованным в рамках данной работы составил 71,63 балла, что свидетельствует о зоне неопределенных значений. Однако только 35,7% обследованных лиц попадает в эту категорию. У 44,6% обследованных лиц диагностировано наличие алекситимических черт, и только у 19,7% можно говорить об отсутствии алекситимических черт.

Таким образом, для 44,6% пациентов, перенесших коронарное шунтирование, характерно наличие трудностей в определении (идентификации) и описании собственных чувств, трудностей в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, а также о снижении способности к символизации (о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения) и о фокусировании в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Подобные предиспозиционные свойства личности могут приводить к усилению физиологических реакций на стресс, фиксации на соматическом компоненте эмоционального возбуждения, его усилению и далее – к формированию ипохондрических установок и психосоматических расстройств [45].

Таким образом, такое понимание феномена алекситимии дает основание рассматривать ее в качестве фактора, способствующего возникновению и развитию ишемической болезни сердца.

3.3 Результаты сравнительного исследования пациентов пожилого возраста с различной динамикой когнитивного функционирования в периоперационном периоде

Для глубинного изучения основных клинических, психосоциальных и эмоционально-личностных характеристик больных ИБС пожилого возраста с различной динамикой (улучшением и ухудшением) когнитивного функционирования после коронарного шунтирования был проведен дополнительный сравнительный анализ.

В сравнительный анализ на основании улучшения/ухудшения когнитивного статуса были включены 24 пациентов пожилого возраста, принявших участие в двух этапах исследования, а также выполнивших все (без исключения) предложенные психодиагностические задания. Разделение пациентов на группы было осуществлено с помощью математического выражения динамики когнитивных функций представленного двумя определениями когнитивного нарушения, ранее используемых в зарубежных исследованиях [115]. Впервые в нашей стране математическое определение динамики когнитивного функционирования было предложено в диссертационной работе Д.А. Ереминой [128, 39].

Зарубежные исследователи [115] описывали данные методы следующим образом: 1) первое математическое определение когнитивного нарушения после коронарного шунтирования основано на стандартном отклонении (SD). Таким образом, в случае выявления послеоперационного снижения психодиагностического показателя хотя бы на одно стандартное отклонение по всей группе хотя бы по двум тестам можно сделать вывод о наличии когнитивного дефицита у данного пациента; 2) второе математическое определение когнитивного нарушения после коронарного шунтирования основано на вычислении индивидуального отклонения от базового, дооперационного уровня и получило название «метод 20%». То есть, если у пациента наблюдается снижение показателя хотя бы на 20% по

сравнению с его же дооперационным уровнем хотя бы по 20% используемых тестов, то можно говорить о наличии когнитивного снижения [128, 39].

В работе Д.А.Ереминой была предпринята попытка определения когнитивного улучшения по аналогии с описанными выше методами определения послеоперационного когнитивного ухудшения. Таким образом, Д.А. Ереминой было предложено считать, что когнитивное улучшение также имеется в двух случаях: во-первых, если послеоперационный уровень психодиагностического показателя хотя бы на 1 SD больше дооперационного хотя бы по двум тестам и, во-вторых, если у пациента наблюдается повышение показателя хотя бы на 20% по сравнению с его же дооперационным уровнем хотя бы по 20% используемых тестов. При этом отсутствие улучшения не означает наличия нарушения, и наоборот. Важно подчеркнуть, что у одного и того же пациента могут быть одновременно выявлены и улучшения, и ухудшения. Данный феномен объясняется тем, что послеоперационные изменения в различных когнитивных сферах протекают по-разному (например, возможно сочетание ухудшения кратковременной памяти и улучшения переключаемости активного внимания) [128, 39].

Так, здесь и далее сравнительный анализ различных характеристик познавательной деятельности больных ИБС проводился по следующим основаниям:

- 1) наличие отдаленных послеоперационных когнитивных нарушений, определенных двумя способами (SD и 20%);
- 2) наличие отдаленных послеоперационных когнитивных улучшений, определенных двумя способами (SD и 20%) [128, 39].

На основании приведенного метода в данной работе были отобраны 24 пациента пожилого возраста, перенесших коронарное шунтирование, среди которых: 13 (54,1%) пациентов с положительной динамикой когнитивных функций и 11 (45,9%) пациентов с отрицательной динамикой. Следует отметить, что у остальных пациентов пожилого возраста, не вошедших в группы, на основании введенного определения нельзя говорить

о направлении (ухудшение/улучшение) когнитивных изменений.

Клинические, психосоциальные и эмоционально-личностные характеристики пациентов пожилого возраста с различной динамикой когнитивного функционирования.

Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 13. Приведены только те клинические и клинико-психологические характеристики, по которым были получены статистически достоверные различия.

Таблица 13 – Сравнительный анализ клинических характеристик пациентов без улучшений и с улучшением когнитивного функционирования после КШ

Клинические и клинико-психологические характеристики (n=24)		Нарушений не выявлено (n=13)		Нарушения есть (n=11)		Всего	
		N	%	N	%	N	%
Соблюдение диеты до госпитализации	нет	8	61,55	2	18,2	10	41,6
	соблюдение диеты	5	38,45	9	81,8	14	58,4
$\chi^2=4,608; p<0,05$							
Физическая активность до госпитализации	нет	4	30,8	10	90,9	14	58,4
	да	9	69,2	1	9,1	10	41,6
$\chi^2=8,866; p<0,001$							
ИМТ	норма	5	38,45	1	9,1	6	25,0
	избыточный вес	5	38,45	2	18,2	7	29,2
	ожирение	3	23,1	8	72,7	11	45,8
$\chi^2=6,101; p<0,05$							
Кол-во пораженных артерий (включая стволы)	1	3	23,1	1	9,1	4	16,7
	2	3	23,1	0	0,0	3	12,5
	3	2	15,4	8	72,7	10	41,6
	4	4	30,8	1	9,1	5	20,8
	5	1	7,6	0	0,0	1	4,2
	6	0	0,0	1	9,1	1	4,2
$\chi^2=11,312; p<0,05$							
Наследственность по ССЗ по мужской линии	нет	9	69,2	3	27,3	12	50,0
	гипертоническая болезнь или инсульт	4	30,8	5	45,4	9	37,5
	ИБС	0	0,0	2	18,2	2	8,3
	ИБС + гипертоническая болезнь или инсульт	0	0,0	1	9,1	1	4,2
$\chi^2=5,986; p<0,05$							

Согласно полученным данным, приведенным в таблице 13, между пациентами пожилого возраста, у которых были выявлены когнитивные нарушения на послеоперационном этапе по сравнению с дооперационным уровнем когнитивного функционирования, и пациентами пожилого возраста без подобных нарушений обнаружены различия по пяти показателям, а именно: 1) соблюдение диеты до госпитализации; 2) физическая активность до госпитализации; 3) показатель ИМТ-индекса; 4) количество пораженных артерий (включая стволы); 5) наследственность по ССЗ по мужской линии.

Оказалось, что среди пациентов без выявленных когнитивных нарушений большинство (61,55%) не соблюдали диету до госпитализации, несмотря на рекомендации врачей, а среди пациентов с когнитивными нарушениями соблюдали диету 81,8% больных. Также достоверные различия обнаружены по показателю физической активности до госпитализации. Выяснилось, что большинство пациентов (69,2%) без когнитивных нарушений были физически активны до операции, а среди пациентов с диагностируемыми нарушениями когнитивных функций в 90,9 % случаев выявлено отсутствие физической активности. Кроме того, достоверно чаще была диагностирована ожирение той или иной степени у пациентов с когнитивными нарушениями (72,7%), чем у пациентов без когнитивных нарушений (23,1%). Следует отметить, что гиподинамия и избыточная масса тела являются одними из факторов риска развития ишемической болезни сердца.

Также обнаружены статистически достоверные различия по показателю количества пораженных артерий. Выявлено, что у пациентов с когнитивными нарушениями достоверно чаще поражено три и более артерии (90,9% против 53,8%), чем у лиц с когнитивным улучшением.

Исходя из данных в таблице 13, достоверные различия между пациентами пожилого возраста с когнитивными улучшениями и без них были получены также по степени отягощенности наследственности сердечно-сосудистыми заболеваниями по мужской линии. Таким образом,

пациенты, продемонстрировавшие когнитивные улучшения после операции коронарного шунтирования, достоверно чаще имели неотягощенную наследственность (69,2% против 27,3%), а также их отцы не страдали от ишемической болезни сердца. Напротив, у пациентов без когнитивных улучшений отягощенная наследственность в виде ишемической болезни сердца встречалась в 18,2% случаев, а в виде гипертонической болезни и/или инсульта в 45,4% случаев.

Так, представленные результаты сравнительного анализа клинических и клинико-психологических характеристик больных пожилого возраста с различной динамикой когнитивных функций в периоперационном периоде коронарного шунтирования позволяют заключить, что пациенты с худшей когнитивной динамикой после коронарного шунтирования еще на дооперационном этапе отличаются количеством пораженных артерий, наличием в анамнезе ожирения той или иной степени и значительно чаще имеют отягощенную по ССЗ наследственность по мужской линии. Также обнаружены различия по показателям соблюдения диет и физической активности до госпитализации: пациенты с когнитивным ухудшением чаще соблюдают диеты, рекомендованные лечащими врачами, однако страдают от гиподинамии.

По психосоциальным и эмоционально-личностным показателям у пациентов пожилого возраста с различной динамикой когнитивного функционирования не было обнаружено статистически достоверных различий. Предположительно, это обусловлено недостаточным объемом выборки.

В приложении 2 и 3 приведены примеры пациентов с улучшением и ухудшением когнитивного функционирования после перенесенной операции коронарного шунтирования.

Обсуждение результатов

Исследование было проведено на базе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» (Санкт-Петербург). В исследовании приняло участие 56 пациентов, имеющих диагноз ишемическая болезнь сердца и перенесших операцию коронарного шунтирования. Пациенты преимущественно трудоспособного возраста без клинически диагностированной деменции. Из них 40 (71,4%) мужчин и 16 (28,6%) женщин; средний возраст пациентов по всей выборке составил $59,61 \pm 6,89$ лет. Данное гендерное соотношение обусловлено не намеренным отбором пациентов, а тем, что данный вид высокотехнологической медицинской помощи (коронарное шунтирование) чаще оказывается лицам мужского пола.

Исследование проводилось в два этапа: первый этап – непосредственно перед операцией коронарного шунтирования (за 1-2 дня до операции), второй этап – на 7-10 день после операции, т.е. после поступления больного в отделение реабилитации. Первый этап исследования включает в себя структурированное интервью, в ходе которого собираются социально-демографические, клиничко-психологические и клинические данные, сбор клинических показателей из медицинской документации и первый блок экспериментально-психологического исследования, проводимый с помощью методов психодиагностики. Второй этап включает в себя структурированное интервью, в ходе которого собираются клинические данные, сбор клинических показателей из медицинской документации и второй блок экспериментально-психологического исследования.

Участники исследования разделены на две группы: пациентов пожилого возраста и среднего возраста. При формировании возрастных групп мы опирались на деление возрастных периодов жизни человека, принятой Всемирной организацией здравоохранения. Соотношение больных ИБС пожилого возраста и больных ИБС среднего возраста составило 28

пожилых пациентов и 28 пациентов среднего возраста.

В соответствии с задачами исследования были изучены основные клиничко-психологические, психосоциальные характеристики и динамика показателей когнитивного функционирования больных ИБС пожилого и среднего возраста, перенесших коронарное шунтирование, в периоперационном периоде.

Анализ социально-демографических характеристик показал, что значимых различий по полу между группами не выявлено. Анализ уровня образования, семейного положения и специфики трудовой деятельности показал, что статистически значимо группы также не различаются. Полученное отсутствие статистической значимости различия может быть объяснено чрезмерно дробным делением выборки по вышеперечисленным признакам для данного числа испытуемых.

Анализ клинических характеристик показал, что группы сопоставимы по своим характеристикам и схожи почти по всем показателям. Однако, данные о сопутствующих заболеваниях позволяют говорить о статистически значимых различиях между группами пациентов по наличию в анамнезе варикозного расширения вен нижних конечностей: пациенты среднего возраста (89,3%) чаще не имели в анамнезе варикозного расширения вен нижних конечностей, чем пациенты пожилого возраста.

Также выявлены достоверные различия между группами по признакам «употребление алкоголя» и «типу кровоснабжения». Значимые различия между группами пациентов пожилого и среднего возраста по признаку «употребление алкоголя» позволяют сделать предположение, что обследованные в данной работе пациенты среднего возраста чаще употребляли алкоголь, чем пациенты пожилого возраста, несмотря на строгие рекомендации врачей. Пациенты пожилого возраста демонстрировали бóльшую склонность полностью воздерживаться от употребления алкоголя или никогда прежде его не употребляли.

По признаку «тип кровоснабжения»: пациенты пожилого возраста чаще имеют правый тип кровоснабжения, в то время как пациенты среднего возраста – сбалансированный. Это можно объяснить тем, что в пожилом возрасте значительно изменяются физиологические, компенсаторные и обменные процессы, значительно увеличивается роль внутренних факторов в развитии ряда патологических процессов, в частности системы кровоснабжения [57].

Итак, в процессе анализа полученных в ходе клинико-психологического интервью медико-биологических данных были выявлены статистически достоверные различия между группами по таким признакам, как: тип кровоснабжения, наличие в анамнезе варикозной болезни и употребление алкоголя.

Анализ психосоциальных характеристик показал, что жалобы на текущий когнитивный статус есть у 57,1% больных. Кроме того, полученные данные позволяют говорить о статистически значимых различиях между группами пациентов: пациенты пожилого возраста чаще высказывали жалобы на текущий когнитивный статус (около 75% всех опрошенных пациентов), чем пациенты среднего возраста.

Кроме того выявлено статистически значимое различие между группами по наличию физической активности до операции. Пациенты пожилого возраста (67,9 %) чаще отмечали отсутствие физической активности до операции, в то время как пациенты среднего возраста, наоборот, чаще были физически активны до госпитализации (85,8 %).

Также можно сделать вывод о статистически значимом различии по признакам: «особенности семейных отношений в настоящее время» и «эмоциональная поддержка вне семьи». По особенностям семейных отношений в настоящее время группы пациентов различаются следующим образом: пациенты среднего возраста чаще отмечают семейные отношения как теплые и поддерживающие, нежели пациенты пожилого возраста. Об открытых семейных конфликтах отмечали 14,3% пожилых пациентов.

По особенностям эмоциональной поддержки вне семьи группы пациентов также имеют различия: больные пожилого возраста с ишемической болезнью сердца реже отмечают наличие теплой и эмоциональной поддержки вне семьи, нежели пациенты среднего возраста. Следует отметить, что отметило отсутствие контактов и отношений вне семьи 28,6% пациентов пожилого возраста.

Выявлено статистически значимое различие между группами по мотивам принятия решения об операции. Большинство пациентов (64,3%) в группе больных пожилого возраста отличаются мотивами к операции с целью улучшения качества жизни и самочувствия. 3,6% пожилых пациентов характеризуются мотивацией к операции с целью сохранения трудоспособности. В группе пациентов среднего возраста наблюдается преобладание мотива сохранения трудоспособности (28,6%), чем в группе у пожилых пациентов. Но в то же время 39,3 % пациентов среднего возраста отмечают мотив к операции по причине улучшения качества жизни.

Статистически значимых различий между группами пациентов по другим психосоциальным характеристикам не обнаружено.

На дальнейшем этапе исследования была проанализирована специфика и динамика когнитивных функций путем анализа полученных в ходе психодиагностического обследования пациентов данных.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что объем кратковременной механической памяти пациентов среднего возраста улучшился спустя 7-10 дней после операции по сравнению с дооперационным уровнем ($8,00 \pm 1,6$ и $8,22 \pm 1,4$ соответственно), в то время как у пациентов пожилого возраста объем кратковременной механической памяти ухудшился спустя 7-10 дней после операции ($7,73 \pm 1,5$ и $7,46 \pm 1,7$ соответственно). Однако полученные данные не позволяют отметить наличие статистически значимых различий по показателям объема кратковременной механической памяти. Как отмечалось других исследованиях, больные ИБС при заучивании, десяти слов в первый раз успевают запомнить только

несколько первых слов ряда. При повторении больные стараются фиксировать внимание на ранее пропущенных словах и забывают те, которые говорили в первый раз. Нарастивание запоминаемого материала начинается примерно с третьего-четвертого прослушивания, что неоднократно подтверждалось во время проведения исследования. Продуктивность запоминания, таким образом, снижается за счет трудности охвата и фиксации многих элементов словесного ряда [95].

В отношении объема долговременной механической памяти в послеоперационном периоде также не было выявлено статистически значимых различий. У всех пациентов, перенесших коронарное шунтирование, отмечается улучшение показателя долговременной памяти после операции ($5,08 \pm 1,7$ и $5,42 \pm 2,1$ – у лиц пожилого возраста; $5,79 \pm 2,1$ и $6,19 \pm 1,8$ – у лиц среднего возраста).

Отмечается положительная динамика когнитивных функций в отношении показателя зрительной памяти в послеоперационном периоде (или же отсутствие изменений с сохранением преморбидного высокого уровня) как у лиц пожилого возраста ($6,77 \pm 1,8$ и $7,20 \pm 1,6$), так и у лиц среднего возраста ($7,18 \pm 1,8$ и $7,30 \pm 1,6$). Однако полученные данные не позволяют отметить наличие статистически значимых различий.

Отмечается статистически значимое различие между показателями логической памяти на дооперационном и послеоперационном этапе у лиц пожилого возраста ($3,81 \pm 1,2$ и $4,24 \pm 1,1$ соответственно). Также отмечается небольшое улучшение показателя логической памяти у лиц среднего возраста ($4,00 \pm 1,0$ и $4,11 \pm 1,0$), однако без статистически значимых различий.

У пациентов среднего возраста при изучении вербально-логического мышления выявлено улучшение (повышение) показателей обеих соответствующих методик («Простые аналогии» и «Сходство»), что отражало повышение уровня обобщения и способности к установлению логических связей между предметами и явлениями на 7-10 день после операции по сравнению с дооперационным периодом. Наблюдаемые в данном случае

когнитивные изменения в раннем послеоперационном периоде могут быть объяснены положительным эффектом коронарного шунтирования для когнитивного функционирования. Однако у пациентов пожилого возраста обнаружена статистически достоверная обратная динамика в отношении показателя вербально-логического мышления (по методике «Простые аналогии»). В послеоперационном периоде показатели ниже, чем в преморбидном дооперационном ($8,92 \pm 2,4$ и $7,83 \pm 2,4$ соответственно). Подобные изменения могут быть объяснены негативным воздействием на головной мозг и систему кровоснабжения как специфических (длительность пережатия аорты, длительность ИК, количество подлежащих шунтированию артерий), так и неспецифических интраоперационных факторов (наркоз, сопутствующее оперативному вмешательству стрессовое состояние). В отношении методики «Сходство» обнаружено незначительное повышение показателя вербально-логического мышления ($19,31 \pm 3,3$ и $19,50 \pm 3,3$).

Статистически достоверная положительная динамика была выявлена в группе пациентов среднего возраста в отношении пространственно-конструкторского мышления. Показатель субтеста «Кубики Кооса», измеренный через 7-10 после операции, оказался выше дооперационного, что отражает повышение не только уровня стерео-мышления, но и зрительной памяти, конструктивного праксиса, а также уровня абстрактно-логического мышления, проявляющегося при оперировании в пространстве геометрическими (абстрактными) объектами. Низкие показатели на дооперационном этапе исследования можно объяснить предположениями исследователей о том, что пациенты с ИБС склонны к резкому замедлению ориентировки в новом задании. На знакомом же материале ориентировка достаточная и сохраняется адекватный способ действия [95]. Важно отметить, что задание «Кубики Кооса» у многих пациентов вызвало сложности на первом этапе: испытуемые знакомились с материалом, забывали о том, что методика выполняется на время. На втором этапе исследования после коронарного шунтирования «Кубики Кооса» не вызывали

затруднений, и пациенты демонстрировали более высокий темп работы.

Кроме того обнаружены статистические различия между группами пациентов на первом этапе психодиагностического исследования и на втором. Показатель субтеста «Кубики Кооса», измеренный в дооперационный уровень, у пациентов пожилого возраста достоверно ниже, чем у пациентов среднего возраста, также статистически достоверно различие показателя на послеоперационном этапе: у пожилых пациентов показатель ниже, чем у пациентов среднего возраста.

Полученные данные позволяют предположить, что операция коронарного шунтирования может иметь, как и положительное, так и отрицательное влияние на мыслительную деятельность пациентов.

Статистически значимых различий показателей темпа психической деятельности, концентрации внимания, измеренных с помощью как ТМТ-теста, так и Струп-теста, получено не было. Однако обнаружены статистически достоверные различия в обеих группах по ТМТ-тесту вариант В: показатели переключаемости внимания, полученные после операции, достоверно ниже, чем измеренные на дооперационном этапе.

Также был проведен сравнительный анализ показателей когнитивного функционирования пациентов с ишемической болезнью, перенесших коронарное шунтирование, и нормативных данных, представленных в литературе. Такие показатели когнитивного функционирования, как темп психической деятельности, концентрация внимания, а также переключаемость активного внимания (ТМТ-тест) пациентов, перенесших коронарное шунтирование, в период до операции статистически ниже, чем в нормативной выборке. При этом у пациентов пожилого возраста показатели статистически значительно ниже, чем в нормативной выборке. Можно предположить, что изучаемые характеристики активного внимания и темпа психических процессов были подвержены негативному влиянию сердечно-сосудистой патологии (ишемическая болезнь сердца) и, в частности, атеросклероза коронарных артерий еще до проведения оперативного

вмешательства. Также еще одной причиной дооперационного снижения изучаемых показателей может являться эмоциональное состояние пациентов, готовящихся к операции на открытом сердце. Однако показатели темпа психической деятельности, концентрации внимания, а также переключаемости активного внимания оказались достоверно ниже нормативных не только до операции, но и в послеоперационном периоде что, вероятно, объясняется влиянием наркоза, общей астении, сопровождающей ранний восстановительный период после операции.

Показатель селективности внимания (Струп-тест), замеренный в предоперационном периоде, у пациентов пожилого возраста оказался значимо ниже нормативного уровня. Кроме того у пациентов среднего возраста показатель селективности внимания оказался также значимо ниже нормативного уровня. У больных ишемической болезнью сердца наблюдается снижение умственной работоспособности; для адекватной переработки нового материала они нуждаются в условиях замедленного восприятия. Практически у всех больных ишемической болезнью сердца отмечается ослабление концентрации и удержания внимания, более или менее выраженные признаки затруднения распределения и переключения внимания с одного признака на другой [95].

Также при выполнении заданий Струп-теста учитывалось количество ошибок, допущенных обследованными лицами. Среднее количество ошибок до операции, допущенных пациентами пожилого возраста, составляло $7,91 \pm 4,9$, тогда как у пациентов среднего возраста – $6,10 \pm 2,9$. Можно сделать вывод, что пациенты пожилого возраста испытывали большие затруднения переключаемости внимания, их познавательные процессы были более инертны и тугоподвижны, чем у пациентов среднего возраста. Пациенты для адекватной переработки нового материала нуждались в условиях замедленного восприятия [39, 95, 128].

Кроме того, наряду с динамикой объективных показателей был проанализирован показатель субъективной оценки когнитивного

функционирования, измеренный в дооперационном и послеоперационном периодах. Отмечается статистически значимое различие между показателями субъективной оценки когнитивного статуса на дооперационном этапе у лиц пожилого возраста и среднего возраста ($6,30 \pm 1,7$ и $7,71 \pm 1,3$ соответственно). Можно предположить, что пациенты, перенесшие коронарное шунтирование склонны отмечать и замечать объективно обнаруженные как позитивные, так и негативные изменения в своей мнестической или мыслительной деятельности, в состоянии умственной работоспособности и психомоторной сферы. Интересно отметить, что пациенты субъективно отмечают ухудшение своего когнитивного функционирования после операции, например, распространенной жалобой больных была невозможность быстро припомнить известное слово, имена, категории. Исследования показывают, что в основе этих жалоб лежит сужение объема восприятия. Это подтверждается во многих исследованиях и литературных источниках [39, 95, 128].

Итак, проведенное психодиагностическое исследование показало, что коронарное шунтирование может оказывать не только негативное, но и благоприятное воздействие на когнитивную сферу пациентов.

Анализ динамики эмоционального состояния больных ИБС в периоперационном периоде коронарного шунтирования показал, что группы сопоставимы по своим характеристикам и схожи почти по всем показателям. Однако, в послеоперационном периоде обнаружена статистически достоверное снижение показателя «Фобического компонента», как у лиц пожилого возраста, так и у лиц среднего возраста. Можно предположить, что данное улучшение эмоционального состояния после операции связано с тем, что пациенты успешно перенесли операцию, и присущий ситуации оперативного вмешательства страх наркоза и даже смерти дезактуализировался [26, 39, 42, 51, 128].

Кроме того выявлено статистически достоверное различие между дооперационными показателями «Эмоционального дискомфорта» у

пациентов пожилого возраста и среднего возраста. Показатель «Эмоционального дискомфорта» у пациентов среднего возраста соответствует низкому уровню выраженности (ниже 4 станайнов; $3,22 \pm 2,6$), в то время как у пациентов пожилого возраста – среднему уровню выраженности ($4,73 \pm 2,4$). Полученные данные частично подтвердились: другие исследователи выделяли помимо проявлений эмоционального дискомфорта также показатели астенического компонента тревожности [51].

Также с помощью методики «Торонтская алекситимическая шкала» был измерен уровень алекситимии как комплекса когнитивно-аффективных свойств личности, связанного с риском развития и характером течения психосоматических заболеваний в период подготовки к реваскуляризации, но полученные данные не позволяют отметить наличие статистически значимых различий между группами.

Кроме того, для глубинного изучения основных клинических, психосоциальных и эмоционально-личностных характеристик больных ИБС пожилого возраста с различной динамикой (улучшением и ухудшением) когнитивного функционирования после коронарного шунтирования был проведен дополнительный сравнительный анализ. В сравнительный анализ на основании улучшения/ухудшения когнитивного статуса были включены 24 пациентов пожилого возраста, принявших участие в двух этапах исследования, а также выполнивших все (без исключения) предложенные психодиагностические задания. Были отобраны 24 пациента пожилого возраста, перенесших коронарное шунтирование, среди которых: 13 (54,1%) пациентов с положительной динамикой когнитивных функций и 11 (45,9%) пациентов с отрицательной динамикой. Разделение пациентов на группы было осуществлено с помощью математического выражения динамики когнитивных функций представленного двумя определениями когнитивного нарушения: 1) наличие отдаленных послеоперационных когнитивных нарушений, определенных двумя способами (SD и 20%); 2) наличие отдаленных послеоперационных когнитивных улучшений, определенных

двумя способами (SD и 20%) [39, 115, 128].

Полученные результаты сравнительного анализа клинических и клинико-психологических характеристик больных пожилого возраста с различной динамикой когнитивных функций в периоперационном периоде коронарного шунтирования позволяют заключить, что пациенты с худшей когнитивной динамикой после коронарного шунтирования еще на дооперационном этапе отличаются по следующим признакам: 1) соблюдение диеты до госпитализации; 2) физическая активность до госпитализации; 3) показатель ИМТ-индекса; 4) количество пораженных артерий (включая стволы); 5) наследственность по ССЗ по мужской линии.

Оказалось, что среди пациентов без выявленных когнитивных нарушений большинство (61,55%) не соблюдали диету до госпитализации, несмотря на рекомендации врачей, а среди пациентов с когнитивными нарушениями соблюдали диету 81,8% больных. Также достоверные различия обнаружены по показателю физической активности до госпитализации. Выяснилось, что большинство пациентов (69,2%) без когнитивных нарушений были физически активны до операции, а среди пациентов с диагностируемыми нарушениями когнитивных функций в 90,9 % случаев выявлено отсутствие физической активности. Кроме того, достоверно чаще была диагностирована ожирение той или иной степени у пациентов с когнитивными нарушениями (72,7%), чем у пациентов без когнитивных нарушений (23,1%). Следует отметить, что гиподинамия и избыточная масса тела являются одними из факторов риска развития ишемической болезни сердца.

Также обнаружены статистически достоверные различия по показателю количества пораженных артерий. Выявлено, что у пациентов с когнитивными нарушениями достоверно чаще поражено три и более артерии (90,9% против 53,8%), чем у лиц с когнитивным улучшением. Помимо этого достоверные различия между пациентами пожилого возраста с когнитивными улучшениями и без них были получены также по степени

отягощенности наследственности сердечно-сосудистыми заболеваниями по мужской линии. Таким образом, пациенты, продемонстрировавшие когнитивные улучшения после операции коронарного шунтирования, достоверно чаще имели неотягощенную наследственность (69,2% против 27,3%), а также их отцы не страдали от ишемической болезни сердца. Напротив, у пациентов без когнитивных улучшений отягощенная наследственность в виде ишемической болезни сердца встречалась в 18,2% случаев, а в виде гипертонической болезни и/или инсульта в 45,4% случаев.

По психосоциальным и эмоционально-личностным показателям у пациентов пожилого возраста с различной динамикой когнитивного функционирования не было обнаружено статистически достоверных различий. Предположительно, это обусловлено недостаточным объемом выборки. Таким образом, для дальнейшего уточнения разницы в клинических, психосоциальных и эмоционально-личностных характеристик пациентов пожилого возраста с различной динамикой когнитивного функционирования требуется увеличение выборки.

ВЫВОДЫ

1. Анализ психосоциальных характеристик показал, что лица пожилого возраста, страдающие ишемической болезнью сердца и перенесшие коронарное шунтирование, по сравнению с лицами среднего возраста, чаще отмечали отсутствие физической активности до операции, реже характеризовали семейные отношения как теплые и поддерживающие, реже отмечали наличие теплой эмоциональной поддержки вне семьи.

2. Анализ клинико-психологических характеристик показал, что лица пожилого возраста по сравнению с пациентами среднего возраста демонстрировали бóльшую склонность полностью воздерживаться от употребления алкоголя; основными мотивами к операции коронарного шунтирования у них выступали улучшение общего физического самочувствия и связанного с ним качества жизни, в то время как у лиц среднего возраста – сохранение трудоспособности.

3. Статистически значимых различий показателей темпа психической деятельности и концентрации внимания в группах пациентов пожилого и среднего возраста, как в дооперационном, так и в послеоперационном периодах выявлено не было; также не выявлено различий в динамике этих показателей у пациентов разных возрастных групп.

4. При исследовании основных характеристик мнестической деятельности не выявлено статистически значимых различий между группами больных пожилого и среднего возраста на разных этапах исследования (как в период до операции, так и после коронарного шунтирования); в то же время в группе лиц пожилого возраста отмечается статистически значимая положительная динамика показателей логической памяти в послеоперационном периоде по сравнению с предоперационным, в

отличии от группы пациентов среднего возраста, где такой динамики не отмечалось.

5. Выявлено отличие динамики мыслительной деятельности в сравниваемых возрастных группах пациентов: у лиц пожилого возраста отмечается статистически значимое снижение показателей вербально-логического мышления в послеоперационном периоде по сравнению с периодом до операции; в группе пациентов среднего возраста отмечается статистически достоверная положительная динамика показателей пространственно-конструкторского мышления, которые в группе пожилых пациентов не претерпели существенных изменений; на каждом из этапов исследования выявлено преобладание показателей стерео-мышления в группе лиц среднего возраста по сравнению с группой лиц пожилого возраста.

6. При исследовании эмоционального состояния, как в группе пациентов пожилого, так и среднего возраста отмечается положительная динамика (снижение) показателя фобического компонента ситуативной тревоги в послеоперационном периоде по сравнению с предоперационным периодом; в период подготовки к коронарному шунтированию показатель эмоционального дискомфорта в структуре ситуативной тревоги был статистически значимо выше в группе пожилых пациентов по сравнению с пациентами среднего возраста. Показатели личностной тревожности и алекситимии не отличались в сравнительном исследовании пожилых пациентов и пациентов среднего возраста.

7. Также выявлено, что показатели темпа психической деятельности, переключаемости активного внимания, селективности внимания пациентов как пожилого, так и среднего возраста на каждом из этапов исследования достоверно ниже достоверно ниже, чем в нормативной выборке.

8. Использование количественных критериев для выделения групп пожилых пациентов с ухудшением и улучшением когнитивного

функционирования после коронарного шунтирования и дальнейший сравнительный анализ показал, что пациенты с худшей когнитивной динамикой еще на дооперационном этапе отличаются по ряду клинических и психосоциальных характеристик (характеристик образа жизни): не соблюдением диеты до госпитализации; отсутствием физической активности до госпитализации; наличием в анамнезе ожирения той или иной степени; большим количеством пораженных артерий (включая стволы); отягощенной наследственностью по ССЗ по мужской линии.

Заключение

Ишемическая болезнь сердца – одна из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем. Ишемическая болезнь сердца – это патологическое состояние, возникающее вследствие ишемии миокарда из-за нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.

Наиболее распространенными формами ишемической болезни сердца является стенокардия и инфаркт миокарда. Лечение больных должно быть комплексным, дифференцированным в зависимости от стадий заболевания, наличия осложнений и проводится по нескольким направлениям: воздействие на факторы риска, медикаментозное лечение, инвазивные и хирургические методы в зависимости от показаний. Заболевание носит хронический и прогрессирующий характер. Жизненный прогноз зависит от клинической формы и степени тяжести заболевания.

Ишемическая болезнь сердца, как соматическое заболевание, приводит к психическим изменениям. Возникают эмоциональные нарушения в виде тревоги, депрессии, подавленности. Наблюдается фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, основанных на страхе повторного приступа и смерти. Тревожные и депрессивно-ипохондрические расстройства связаны с преморбидными особенностями личности и особенностями течения ишемической болезни сердца.

Патогенез психических расстройств при ишемической болезни сердца, как частых осложнениях, имеет общесоматический, общемозговой и психологический компоненты.

Механизмы взаимоотношений психики и сомы идут по «замкнутому кругу», чем определяется целостная картина болезни.

Психические расстройства, как частые осложнения ишемической болезни сердца, проявляются по-разному в зависимости от этапов и степени тяжести болезни.

Кроме эмоционально-личностных изменений у больных ишемической болезнью сердца наблюдаются нарушения познавательных процессов. В силу возникающего поражения центральной нервной системы у больных снижается умственная работоспособность. Сужение объема восприятия приводит к забывчивости, снижению показателей памяти. Отмечается ослабление концентрации и удержания внимания, а так же затруднение его распределения и переключения. Часто выявляется быстрая истощаемость психических процессов.

Очевидна важность оценки когнитивного статуса у пациентов с ишемической болезнью сердца, нуждающихся в реваскуляризирующих операциях.

Особой категорией больных ишемической болезнью сердца являются пожилые люди, так как процессы старения у них отличаются многообразием метаболических, структурных и функциональных сдвигов. Возрастное уязвимость организма и возрастающая вероятность смерти сочетаются с изменением поведения, статуса, ролей, а также с выбором способа адаптации к процессам старения, новых стратегий преодоления трудностей.

Старение личности, как и старение организма, происходит по-разному в зависимости от биологических и социально-психологических факторов.

Изменения со стороны нервной системы, связанные с процессами биологического старения и/или заболеваниями соматического профиля, являются наиболее частыми у пожилых и старых людей, затрагивают структуры, регулирующие настроение, интеллектуальные процессы. В повседневной клинической практике провести грань между «физиологическим» и «патологическим» ухудшением когнитивных способностей в пожилом возрасте весьма сложно, а нередко вообще не представляется возможным. Отсюда следует, что при обследовании пожилых людей необходимо уделять значительное внимание оценке их когнитивного статуса.

Адекватное и своевременное выявление интеллектуально-мнестических и тревожно-депрессивных расстройств при психологическом исследовании и,

соответственно, их коррекция могут улучшить результаты лечения пациентов кардиохирургического профиля.

Несмотря на наличие необратимых биологических изменений, сохранность когнитивных процессов во многом зависит от самооценки, внутреннего настроя пожилого человека, его желания к саморазвитию, при этом опыт позволяет восполнить снижение скорости познавательных процессов, а преимуществом старости является приобретение мудрости.

Совершенствование технологий кардиохирургии в течение последних десятилетий повысило безопасность кардиохирургических вмешательств, что позволило увеличить возраст больных, направляемых на операции, при этом возраст – главный фактор риска периоперационных осложнений.

Операция коронарного шунтирования, как наиболее эффективный метод хирургического лечения, обеспечивает полную или значительную редукцию приступов стенокардии и улучшение функций сердца, что позволяет пациентам вернуться к нормальной активной жизни, однако частота неврологических исходов коронарного шунтирования в виде инсульта, делирия и нарушения когнитивных функций достаточно высока.

Улучшение гемодинамики, в том числе и мозговой, не исключает нарушений высшей нервной деятельности – когнитивной и психоэмоциональной сфер, а в случае пожилого возраста ситуация усугубляется возрастными изменениями мозговой деятельности. Факты хирургического риска для категории пациентов пожилого возраста в полной мере не изучены, а также немногочисленны сведения относительно непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения. Имеющиеся данные доказательной медицины относительно пациентов пожилого возраста требуют осторожного применения. При хирургических вмешательствах у таких пациентов следует учитывать их возрастные морфологические и функциональные изменения в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов и осложнений.

Хирургическая тактика для больных пожилого возраста должна

определяться индивидуально с учетом наличия и тяжести сопутствующих заболеваний, качества коронарных артерий и сосудистых трансплантатов, состояния сократительной функции сердца.

В исследованиях отечественных и особенно зарубежных авторов отмечаются особенности и нарушения когнитивного функционирования пациентов после хирургических вмешательств на сосудах сердца, но многие данные противоречивы и разрозненны.

Перед исследователями стоит задача комплексного сравнительного динамического изучения основных когнитивных функций больных ишемической болезнью сердца в период подготовки к реваскуляризации миокарда, в раннем и отдаленном послеоперационном периодах и их связи с основными клиническими, психосоциальными и демографическими характеристиками больных, характеристиками оперативного вмешательства и эффективностью реабилитации; а также важна разработка тренингов когнитивных функций как элемент кардиореабилитации и психологического сопровождения больных в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Абрамович С.Г. Немедикаментозное лечение и профилактика ИБС и гипертонической болезни – Иркутск, 2005.
2. Акчурина Р.С., Васильев В.П., Галяутдинов Д.М., Королев С.В., Лепинин М.Г., Партигулов С.А., Ширяев А.А. Современная хирургия коронарных артерий // Кардиологический вестник, 2010, том V(XVIII), №1 – с.45-49.
3. Акчурина Р.С., Ширяев А.А., Власова Э.Е., Васильев В.П., Галяутдинов Д.М. Хирургическое лечение ИБС // РМЖ, 2014, №30 – с.2152-2157.
4. Акчурина Р.С., Ширяев А.А., Дземешкевич С.Л. Оценка факторов риска госпитальной летальности у больных ишемической болезнью сердца с высоким операционным риском // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 2005, №2 – с.14-20.
5. Александрова М.Д. Пожилой человек и проблемы профессиональной занятости // Вестник СПбГУ, 2014, Серия 16, №2 – с.87-96.
6. Александрова М.Д. Проблема социальной и психологической геронтологии / М.Д. Александрова. Л.: ЛГУ, 1974.
7. Александрова М.Д. Старение человека и его индивидуальные проявления // Вестник СПбГУ, 2014, Серия 16, №2 – с.81-86.
8. Ананьев Б.Г. К проблеме возраста в современной психологии // Психология старости и старения / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр «Академия», 2003, с. 112 – 119.
9. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб.: Питер, 2014.
10. Анцыферова Л.И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 490 – 511.
11. Биология старения / Под ред. В.В. Фролькиса – Л.: Наука, 1982.

12. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. Москва-Воронеж, Московский психолого-социальный институт, 2002.
13. Бокерия Л. А., Голухова Е. З., Полунина А. Г., Бегачёв А. В., Лефтерова Н. П. Когнитивные нарушения у кардиохирургических больных: неврологические корреляты, подходы к диагностике и клиническое значение // «Креативная кардиология», 2007, № 1–2 – с. 231-243.
14. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Сигаев И.Ю., Керен М.А. Современные подходы к хирургическому лечению ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом // Вестник Российской Академии медицинский наук, 2012, № 1 – с.20-26.
15. Бокерия Л.А., Камчатнов П.Р., Ключников И.В. и др. Цереброваскулярные расстройства у больных с коронарным шунтированием // Журнал неврологии и психиатрии, 2008, № 3 – с. 90—94.
16. Бокерия Л.А., Самородская И.В. Реваскуляризация миокарда при остром коронарном синдром // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 2011, № 1– с.38-43.
17. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология. Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2003.
18. Вассерман Л. И. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. – СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 303 с.
19. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности / науч. ред. Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2014.
20. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб.: Речь, 2011.

21. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2004.
22. Великанов А.А. Исследования динамики эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2008, № 77 – с. 269-272.
23. Великанов А.А. Сравнительное исследование эмоциональных состояний у больных с различными формами ишемической болезни сердца // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2008, № 61 – с. 364-368.
24. Великанов А.А. Сравнительное исследование эмоциональных состояний у мужчин и женщин, больных ишемической болезнью сердца // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2008, № 82-2 – с. 18-21.
25. Великанов А.А., Демченко Е.А., Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Психологические факторы в прогнозе социально-трудовой реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Вестник СПбГУ, 2012, Серия 12, №3 – с.3-18.
26. Великанов А.А., Зеленская И.А., Лубинская Е.И., Николаева О.Б., Демченко Е.А. Организационные аспекты работы медицинского психолога в системе комплексной кардиореабилитации: анализ реальной ситуации и расчетной потребности // Вестник ЮУрГУ, 2012, серия «Психология», № 45 – с.78-82.
27. Великанов А.А., Левашкевич Ю.Л., Матина Ю.А., Зеленская И.А., Софронова М.Г., Демченко Е.А. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства // Трансляционная медицина, 2014, № 1 – с.67-72.

28. Внутренние болезни / М.В. Малишевский, Э.А. Кашуба, Э.А. Ортенберг, А.Ш. Бышевский, Э.Н. Баркова. Тюмень: Издательский центр «Академия», 2004.
29. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012.
30. Возраст как фактор риска когнитивных нарушений у пациентов, перенесших коронарное шунтирование О.А. Трубникова, И.В. Тарасова, А.И. Артамонова, И.Д. Сырова, О.Л. Барбараш // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2011, №8 – с.46-49.
31. Гимоян Л.Г., Силванян Г.Г. Нарушение когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения // Архив внутренней медицины, 2013, №2(10) – с. 35-40.
32. Головей Л.А., Стрижицкая О.Ю. М.Д.Александрова – выдающийся ученый-психолог, педагог, человек (к 100-летию со дня рождения) // Вестник СПбГУ, 2014, Серия 16, №2 – с.72-80.
33. Гонтмахер Е. Проблема старения населения в России // Журнал «Мировая экономика и международные отношения», 2012, №1 – с.22-29.
34. Демченко Е.А., Великанов А.А. Участие психолога в комплексной кардиореабилитации: реальная ситуация и расчетная потребность // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2010, том XVII, № 3.
35. Демченко Е.А., Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Психологические факторы трудового прогноза больных, перенесших стентирование коронарных артерий // Медицинская психология в России: эл. науч. журнал, 2014, №6(29). <http://mprj.ru> (Дата обращения 16.04.2015).
36. Деревнина Е.С., Акимова Н.С., Мартынович Т.В. и соавт. Когнитивные нарушения при фибрилляции предсердий на фоне сердечно-сосудистых заболеваний // Анналы аритмологии, 2013, Т. 10, № 2 – с. 87-94.

37. Деревнина Е.С., Персашвили Д.Г., Шварц Ю.Г. Когнитивные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми // Современные проблемы науки и образования, 2012, №5.
38. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М., Олишево С.В. Неотложная кардиология. М.: Издательство БИНОМ, 2010.
39. Еремина Д.А. Динамика когнитивных функций больных ишемической болезнью сердца в процессе реабилитации после коронарного шунтирования: дисс. канд. психол. н. – СПб.: СПбГУ, 2015. – 213 с.
40. Еремина Д.А. Особенности астенических состояний пациентов с ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда // Вестник ЮУрГУ, 2013, серия «Психология», Т.6, № 4 – с.122-130.
41. Еремина Д.А. Особенности когнитивного функционирования пациентов, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда // Вестник психотерапии, 2014, № 51(56) – с.34-48.
42. Еремина Д.А., Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю., Яковлева М.В. Психологические основы повышения эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования // Вестник СПбГУ, 2014, серия 12, № 1 – с.54-68.
43. Еремина Д.А., Николаева О.Б. Особенности когнитивных функций пациентов с ИБС после коронарного шунтирования // Психология XXI века: пути интеграции в международное научное и образовательное пространство: материалы международной научной конференции молодых ученых, 17-19 апреля 2014, СПб.: Скифия – принт – с.58-59.
44. Еремина О.В., Петрова М.М., Прокопенко С.В., Исаева Н.В., Каскаева Д.С. Когнитивные нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца // Бюллетень сибирской медицины, 2014, т.13, №6 – с.48-56.
45. Ерьсько Д. Б. Исследование феномена алекситимии в клинике невротозов / Д. Б. Ерьсько // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 4. – С. 123–126.

46. Ермолаева М.В. Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости // Психология старости и старения / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр «Академия», 2003, с. 164 – 171.
47. Ермолаева М.В. Психология развития. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003.
48. Ермолаева М.В. Структура эмоциональных переживаний в старости // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 393 – 411.
49. Захаров В.В. Нарушение когнитивных функций как медико-социальная проблема // Доктор.Ру, 2006, № 5 – с.19-23.
50. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом старческом возрасте. Метод. пособ. для врачей. М., 2005.
51. Зеленская И.А., Лубинская Е.И., Демченко Е.А., Великанов А.А. Психологические особенности пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, в зависимости от их приверженности к участию в реабилитационной программе // Вестник ЮУрГУ, 2011, серия «Психология», № 42 – с.73-76.
52. Зотов М. В. Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. / Зотов Михаил Владимирович; СПбГУ. – СПб., 1998. – 18 с.
53. Зуева И.Б., Ванаева К.И., Санец Е.Л., Пиотровская В.Р., Генихович Е.Л., Кириллова В.И., Шляхто Е.В. Взаимосвязь факторов сердечно-сосудистого риска с когнитивными функциями у пациентов среднего возраста // Артериальная гипертензия, 2011, Том 17, №5. – с. 432–441.
54. Караськов А.М., Бобошко А.В., Чернявский А.М. и др. Хирургическое лечение больных ишемической болезнью сердца старше 60 лет // Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов, 5-й: тезисы. Москва, 1999.

55. Кардиология. Национальное руководство: кр. изд. / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012.
56. Клиническая психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2014.
57. Коркушко О.В., Осьмак Е.Д. Возрастные особенности мозгового кровообращения, умственной работоспособности в условиях гипоксии у здоровых людей пожилого возраста с различным типом старения – физиологическим и ускоренным (преждевременным). Кровообращение и гемостаз, 2013, № 2, с. 7-26.
58. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. СПб.: Питер, 2005.
59. Краснов В.С., Крылова Ю.С., Тимофеева А.А., Скоромец А.А., Сорокодумов В.А., Ситникова М.Ю., Великанов А.А. Нарушение когнитивных функций у пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Неврологии и психиатрии, 2011, № 6 – с.73-76.
60. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения. М.: Издательский центр «Академия», 2002.
61. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Прогностическое значение и динамика качества жизни больных, перенесших различные виды операций на сосудах сердца // Вестник психотерапии, 2014, № 51(56) – с.7-20.
62. Крылов А.А. Психология. М.: Проспект, 2004.
63. Левашкевич Ю.Л., Великанов А.А., Исаева Е.Р., Демченко Е.А. Особенности психоэмоционального реагирования больных ишемической болезнью сердца на предстоящую операцию аортокоронарного шунтирования // Профилактическая и клиническая медицина, 2014, № 3(52) – с.130-134.
64. Лубинская Е.И., Николаева О.Б., Демченко Е.А. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование // Вестник Российской Военно-медицинской Академии, 2011, № 1(37) – с.218-223.

65. Лубинская Е.И., Николаева О.Б., Зеленская И.А., Великанов А.А., Левашкевич Ю.Л., Демченко Е.А. Психологические особенности и динамика качества жизни больных ишемической болезнью сердца, перенесших плановое коронарное шунтирование, в зависимости от участия в программе кардиологической реабилитации // Профилактика и клиническая медицина, 2012, № 4(45) – с.66-70.
66. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательский центр «Академия», 2013.
67. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977.
68. Марцинковская Т.Д. Особенности психического развития в позднем возрасте // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 334 – 338.
69. Медведева Л.А., Загоруйко О.И., Белов Ю.В., Пешкова О.П., Богопольская О.М. Когнитивная послеоперационная дисфункция в кардиохирургии // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. М.: Медиа Сфера, 2012, № 4 – с.46-54.
70. Михеев А.А., Ткачев Е.В. и др. Хирургическое лечение больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста с тяжелым поражением коронарных артерий // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. М.: Медиа Сфера, 2011, № 5 – с.24-26.
71. Мозалев А.С. Мозговой кровоток и когнитивные расстройства при операциях на сердце: дис... канд. мед. наук. М., 2009.
72. Молчанова О.Н. Психологический витаукт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте // Психология старости и старения / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр «Академия», 2003, с. 162 – 163.
73. Наследов А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. – СПб.: Питер, 2013.

74. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. 4-е издание., стереотип. – СПб.: Речь, 2012.
75. Немчин Т.А. Специфика социально-психологических факторов генезиса эмоции и их проявление в пожилом возрасте // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 412 – 425.
76. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Изд-во Московского университета, 1987.
77. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: т.6. Диагностика болезней сердца и сосудов – М.: Мед.лит., 2002.
78. Орлокк К. Старение // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 200 – 227.
79. Основы геронтологии и гериатрии: уч. пособие / А.Б. Погодина, А.Х. Газимов – Ростов м/Д: Феникс, 2007.
80. Патрушева Л.А. Клиническая оценка непосредственных и отдаленных результатов операции коронарного шунтирования у больных ИБС пожилого и старческого возраста: дис...канд. мед. наук. Новосибирск, 2005.
81. Поликлиническая терапия: учеб. пособие / М.В. Зюзенков; под ред. М.В. Зюзенков – Минск: Высшая школа, 2012.
82. Психология развития и возрастная психология / С. С. Савенышева, В. Е. Василенко, О. Ю. Стрижицкая. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2011.
83. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). – М.:Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010.
84. Руководство по кардиологии / Н.А. Манак; сост. и ред. Н.А. Манак – Минск: Беларусь, 2003.

85. Савченко А.П., Черкавская О.В., Руденко Б.А., Болотов П.А. Интервенционная кардиология. Коронарная ангиография и стентирование: руководство / Савченко А.П. и др. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010.
86. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых / Под ред. А.И. Дядыка, А.Э. Багрия.— К. ООО «Люди в белом», 2013.
87. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
88. Смуглевич А.Б., Сыркин А.А., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокардиология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005.
89. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. Ростов н/Д: Феникс, 2014.
90. Стрижицкая О.Ю. Основы психогеронтологии / СПб.: Изд-во СПбГУ, 2016.
91. Стрижицкая О.Ю. Современные проблемы психологии старения / Под ред. Г.С. Никифорова // Здоровая личность. СПб.: Речь, 2013. С. 336-355.
92. Стрижицкая О.Ю., Хункос-Рабадан О. Современные европейские направления исследований психологии старения // Вестник СПбГУ, 2014, Серия 16, №2 – с. 66-71.
93. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. СПб.: Питер, 2002.
94. Сумин А.Н., Осокина А.В., Кочергина А.М. Проблемы «листа ожидания»: причины отказов пациентов от планового коронарного шунтирования // Российский кардиологический журнал, 2012, № 5(97) – с.63-69.
95. Сысоева Н.Ю. Психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. М.: изд-во МГУ, 1992.

96. Ткачев Е.В. Хирургическое лечение больных ИБС пожилого и старческого возраста с тяжелым поражением коронарных артерий и миокарда: дис... докт. мед. наук. М., 2012.
97. Толстых А. На старости лет // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 3 – 33.
98. Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Магомедова А.Р., Атаян А.С. Сердечно-сосудистые заболевания и нарушение когнитивных функций. Профилактика и лечение // Русский медицинский журнал, 2011, Т. 19, № 9 (403). – с. 538-544.
99. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
100. Холодная М.А., Маньковский Н.Б. и др. Своеобразие уровневых, структурных и стилевых характеристик интеллекта в пожилом возрасте // Психология старости и старения / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр «Академия», 2003, с. 172 – 176.
101. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии. М. 1999.
102. Цирятьева С.Б., Архипов А.А. Влияние искусственного кровообращения на развитие послеоперационной когнитивной дисфункции // Медицинский альманах, 2013, №4(28) – с.17-20.
103. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. Ростов н/Д: Феникс, 1997.
104. Шахматов Н.Ф. Старение – время личного познания вечных вопросов и истинных ценностей // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 686 – 694.
105. Шахматов Н.Ф. Старение. Норма и патология // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 228 – 324.
106. Шнайдер Н.А. Послеоперационная когнитивная дисфункция // «Неврологический журнал», 2005, Т.10, №4 – с.37-43.

107. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии, 2006, № 2 – с.56-62.
108. Baker R. A., Andrew M. J., Schrader G., Knight J. L. Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings // ANZ. J. Surg., 2001, Vol. 71 (3) – p. 139–142.
109. Benton A. Der Benton-Test: Handbuch / A. Benton. – Bern, 1981.
110. Browne SM, Halligan PW, Wade DT, Taggart DP. Postoperative hypoxia is a contributory factor to cognitive impairment after cardiac surgery // J Thorac Cardiovasc Surg., 2003, № 126(4) – p.1061-1064.
111. Burg M. M., Benedetto M. C., Rosenberg R., Soufer R. Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery // Psychosom. Med., 2003, Vol. 65 (1) – p. 111–118.
112. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction / Mayou R. , Gill D., Thompson D. R., Day A., Hicks N., Volmink J., Neil A. // Psychosom. Medicine, 2000, Vol. 62 (2) – p. 212–219.
113. Depressive symptoms and outcome of coronary artery bypass grafting / Saur C. D., Granger B. B., Muhlbaier L. H., Forman L. M., McKenzie R. J., Taylor M. C., Smith P. K. // Am. J. Crit. Care, 2001, Vol. 10 – p. 4–10.
114. Galluzzi S., Sheu C.–F., Zanetti O. et al. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease // Dement Geriatr Cogn Disord, 2005, №19 – p. 196–203.
115. Marasco S. F. No improvement in neurocognitive outcomes after off-pump versus on-pump coronary revascularisation: a meta-analysis / S. F. Marasco, L. N. Sharwood, M. J. Abramson // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2008. – Vol. 33. – P. – P. 961–970.
116. Mathew, J. P. Lower endotoxin immunity predicts increased cognitive dysfunction in elderly patients after cardiac surgery / J. P. Mathew, H. P. Grocott, B. Phillips-Bute et al. // Stroke, 2003, Vol. 34 – p. 508–513.

117. Morisky D. E. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting / D. E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, H. Ward // *J. Clin. Hypertension*. – 2008. – Vol. 10 (5). – P. 348–354.
118. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care*, 1986, №24 – p.67 – 73.
119. Newman S.P., Harrison M.J. Coronary-artery bypass surgery and the brain: persisting concerns // *Lancet Neurol*, 2002, № 1 – p.119—125.
120. Rasmussen L. S., Larsen K., Houx P. et al. The assessment of postoperative cognitive function // *Acta Anesth. Scand*, 2001, Vol. 45 – p. 275–289.
121. Reitan R. M. Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage / R. M. Reitan // *Percep. Motor Skills*. – 1958. – Vol. 8. – P. 271–276.
122. Rockwood K., Wentzel C., Hachinski V. et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment // *Neurology*, 2000, № 54 – p. 447–451.
123. Schinder I., Staudinger U. Obligatory and optional personal life investment in old and very old age: Validation and functional relations // *Motivation & Emotion*, 2008, № 32 (1) – p. 23–36.
124. Stump D. A., Rogers A. T., Hammon J. W. Neurobehavioral tests are monitoring tools used to improve cardiac surgery outcome // *Ann. Thorac. Surg.*, 1996, Vol. 61 – p. 1295–1296.
125. Van Dijk, D. Neurocognitive dysfunctions following coronary artery bypass surgery: a systematic review / D. Van Dijk, A. M. A. Keizer, J. C. Diephuis et al. // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 2000, Vol. 120 – p. 632–639.
126. <http://www.ahleague.ru/> (Дата обращения 14.03.2018)
127. <http://www.medicus.ru> (Дата обращения 27.02.2018)
128. https://disser.spbu.ru/disser2/disser/Eremina_disser.pdf (Дата обращения: 21.04.18).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Карта обследования больного

ФИО:

Даты осмотров:

Дата операции:

Социально-демографические показатели:

1. Пол:
2. Возраст (лет):
3. Образование:
 1. среднее
 2. среднее специальное
 3. неоконченное высшее
 4. высшее
 5. ученая степень
4. Образование, специальность:
5. Семейное положение:
 1. не состоит в браке, и никогда не состоял в браке.
 2. не состоит в браке, разведен.
 3. вдовец (вдова).
 4. гражданский брак.
 5. состоит в браке (брак первый).
 6. состоит в браке (брак повторный).
6. Количество детей:
7. Город проживания:
 1. Санкт-Петербург
 2. другой
8. Трудоустройство:
 1. не работает, работал ранее.
 2. работает.
9. Должность, место работы:
10. Трудовая деятельность в отдаленном периоде (0-нет, 1-да).
11. Трудовая деятельность. Специфика работы:
 1. физический труд.
 2. интеллектуальный труд.
 3. общение с людьми.
 4. руководитель.

Клинико-психологические данные:

12. Особенности семейных отношений в настоящее время:
 1. хорошие, теплые
 2. нейтральные, формальный контакт
 3. открытые конфликты
13. Эмоциональная поддержка вне семьи (отношения с друзьями, знакомыми):
 1. теплые (эмоциональная поддержка, частые встречи)
 2. нейтральные, поддержание контакта «на расстоянии»
 3. отсутствие отношений вне семьи
14. Наличие и специфика актуальной психотравмирующей ситуации:

1. в настоящий момент психотравмирующие ситуации отсутствуют, не актуальны; психологический фон жизненной ситуации благополучен
2. наличие острого стресса
3. затяжная психотравмирующая ситуация
15. Степень социальной активности:
 1. активно вовлечен в жизнь семьи, общества
 2. принимает участие в жизни семьи, общества
 3. не задействован в жизни семьи, общества
16. Увлечения, хобби:
 1. наличие постоянного хобби
 2. частая смена, интересы поверхностны
 3. отсутствуют
17. Жалобы на текущий когнитивный статус (0-нет, 1-есть).
18. Причина развития ИБС, по мнению больного:
 1. повышенные физические нагрузки
 2. эмоциональное перенапряжение
 3. неправильный образ жизни, вредные привычки
 4. наследственность
 5. другое
19. Мотивы принятия решения об операции:
 1. улучшение качества жизни, самочувствия
 2. следование рекомендациям врача
 3. сохранение трудоспособности
 4. другое
20. Отношение к операции:
 1. позитивное
 2. необходимость
 3. негативное
21. Осведомленность об ИБС:
 1. четкое представление
 2. общее представление
 3. не осведомлен
22. Осведомленность о предстоящей операции, ее последствиях:
 1. четкое представление
 2. общее представление
 3. не осведомлен
23. Мотивы продолжения трудовой деятельности после операции:
 1. нет
 2. исключительно экономические
 3. интересная, любимая работа
 4. нежелание «быть больным»
24. Оценка прогноза трудоспособности после операции:
 1. оптимистическая
 2. нейтральная
 3. пессимистическая
25. Отношение к лечению:
 1. регулярно, выполняет рекомендации врача
 2. нерегулярно
 3. не лечится
26. Отношение к обследованию:
 1. охотное согласие
 2. формальное

3. негативное

27. Показатель комплаентности (общий балл по методике Мориски-Грина):

Клинические данные:

28. Субъективная оценка физического состояния здоровья пациентом до операции (по 10-бальной шкале):
29. Субъективная оценка когнитивного статуса пациентом до операции (по 10-бальной шкале):
30. Субъективная оценка эффективности операции и реабилитации пациентом до операции (по 10-бальной шкале):
31. Субъективная оценка физического состояния здоровья пациентом в госпитальный период (по 10-бальной шкале):
32. Субъективная оценка когнитивного статуса пациентом в госпитальный период (по 10-бальной шкале):
33. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс (ФК) (1,2,3,4):
34. Диагноз: ИБС. Острый коронарный синдром (ОКС):
 1. Инфаркт миокарда (ИМ)
 2. Нестабильная стенокардия
35. Инфаркт миокарда, количество (ОИМ — острый инфаркт миокарда):
36. Инфаркт миокарда: Q-ИМ (0-нет, 1-есть) (есть зубец Q на ЭКГ).
37. Инфаркт миокарда: неQ-ИМ (0-нет, 1-есть).
38. Локализация инфаркта: передний (0-нет, 1-есть) (на ЭхоКГ).
39. Локализация инфаркта: задний (0-нет, 1-есть).
40. Локализация инфаркта: другая (боковая) (0-нет, 1-есть).
41. Длительность заболевания (лет) (в анамнезе):
42. Частота госпитализаций за год (в анамнезе):
43. Индекс массы тела (ИМТ):
44. Гипертоническая болезнь (ГБ) (0-нет, стадия 1, 2, 3).
45. Нарушение ритма: фибрилляция предсердий (ФП), синкопы (кратковременная потеря сознания) (0-нет, 1-есть)
46. Атеросклероз других артерий: БЦА (Атеросклероз брахиоцефальных артерий):
 1. значимый.
 2. не значимый.
47. Атеросклероз БЦА значимый:
 1. выполнено стентирование
 2. другое вмешательство (операции на сосудах шеи и головы)
 3. вмешательство не проводилось
48. Атеросклероз других артерий: нижних конечностей перемежающийся хромотой, ХАН (хроническая артериальная недостаточность) (0-нет, 1-есть).
49. Дислипидемия (0-нет, 1-есть).
50. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (0-нет, ф.кл. 1, 2, 3, 4).
51. Сахарный диабет (0-нет, 1-СД 1 типа, 2-СД 2 типа).
52. Наличие сопутствующей патологии: ЖКТ (0-нет, 1-есть).
53. Наличие сопутствующей патологии: дыхательной системы (0-нет, 1-есть).
54. Наличие сопутствующей патологии: (острое) нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (0-нет, 1-есть).
55. Наличие сопутствующей патологии: другие (количество).
56. Инвалидность (0-нет, степень 1,2,3) (на первой стр истории болезни).
57. Наследственность по ССЗ (0-нет, 1-есть).
58. Операция КШ. Длительность пережатия аорты:
59. Операция КШ. Длительность искусственного кровообращения (АИК — аппарат

искусственного кровообращения) (0-на работающем сердце):

60. Операция КШ.
 1. плановая
 2. неплановая (по ОКС)
 3. неплановая (по другим причинам)
61. Поражение артерий:
 1. однососудистое.
 2. Многососудистое.
62. Количество пораженных артерий:
63. Поражение ствола:
 1. ЛКА (*левая коронарная артерия*)
 2. ПКА
64. Тип кровоснабжения:
 1. левый
 2. правый
65. Реваскуляризация миокарда (*восстановление сосудистого кровоснабжения*):
 1. полная.
 2. не полная.
66. Реваскуляризация миокарда:
 1. первичная.
 2. повторная.
67. Операция: сочетанная, пластика клапана (0-нет, 1-есть).
68. Операция: сочетанная, аневризма (0-нет, 1-есть).
69. Операция: сочетанная, тромбэктомия (0-нет, 1-есть).

Образ жизни, вредные привычки (до операции):

70. Табакокурение:
 1. не курит, никогда не курил.
 2. не курит, курил в прошлом .
 3. курит в настоящее время.
71. Стаж курения (лет):
72. Количество выкуриваемых сигарет в день:
73. Употребление алкоголя:
 1. употребляет умеренно.
 2. не употребляет.
 3. злоупотребляет.
74. Соблюдение диеты со слов пациента (0-нет, 1-да).
75. Физическая активность со слов пациента (0-нет, 1-да).

Приложение 2.

Клинический пример с ухудшением когнитивного функционирования

Пациент А., 55 год. Проживает в Вологодской области. Имеет среднее образование. Состоит в первом браке, имеет двоих детей. На момент первичного обследования (до операции коронарного шунтирования) не работает, но планирует продолжить трудовую деятельность по окончании восстановительного периода.

Медико-биологические данные

Страдает от ишемической болезни сердца в течение двух лет, стенокардии напряжения III функционального класса, хронической сердечной недостаточности I функционального класса. В анамнезе 1 инфаркт миокарда, дислипидемия, инвалидность 3 степени. По результатам коронарографии диагностировано поражение двух сосудов, реваскуляризация выполнялась впервые.

Вредные привычки: курит в настоящее время, алкоголь употребляет умеренно.

Клинико-психологическое исследование

А. характеризует свои семейные отношения с детьми как нейтральные, формальные. Отмечает отношения с друзьями и знакомыми как нейтральные, поддержание контакта «на расстоянии». Также отмечает, что в настоящий момент психотравмирующие ситуации отсутствуют, не актуальны; психологический фон жизненной ситуации вполне благополучен. Увлечения и хобби отсутствуют.

Причину развития ишемической болезни сердца видит в неправильном образе жизни, вредных привычках. К предстоящей операции относится как к необходимости, основной мотив принятия решения об операции видит в сохранении трудоспособности. На момент первичного обследования утверждает, что имеет общее представление о своем сердечно-сосудистом заболевании и четкое представление о предстоящей операции и ее последствиях. Нейтрально оценивает возможность продолжения трудовой деятельности после коронарного шунтирования, аргументируя это тем, что «боится загадывать наперед». Акцентирует значимость своей работы как любимой и интересной, намерен после восстановления продолжить трудовую деятельность. Вполне адекватно относится к собственной болезни, со слов пациента регулярно выполняет все рекомендации врача, соблюдает режим приема лекарств, при этом показатель комплаентности по тесту Мориски-Грина составляет 3 балла (удовлетворительная степень приверженности лечению). Отношение к участию в исследовании формально, практически не проявляет интереса к результатам.

Психодиагностическое исследование

Согласно полученным результатам психодиагностического исследования для оценки динамики когнитивного функционирования в периоперационном периоде, А. можно отнести к группе пациентов с ухудшением когнитивного функционирования.

Первый этап исследования (обследование было проведено за 3 дня до операции).

По результатам методики «10 слов» А. запомнил два слова после первого предъявления и 5 после 5 предъявлений (показатель вербальной кратковременной памяти). Спустя час смог воспроизвести только 3 слова (показатель вербальной долговременной памяти). Показатель зрительной памяти (тест Бентона) с учетом поправки на возраст испытуемого составил 7 баллов, что отражает средний уровень изучаемой характеристики. Показатель логической памяти (по методике «Запоминание рассказов») составил 4 балла из 5 возможных.

Показатель вербально-логического мышления по методике «Сходство» составил 15 баллов из 26 возможных; по методике «Простые аналогии» 6 баллов из 10 возможных. Показатель пространственно-конструкторского мышления по методике «Кубики Кооса» составил 32 балла из 48 возможных.

Показатель темпа психической деятельности и концентрации внимания (ТМТ-А)

составил 3 балла (нормативный показатель 6,75 баллов), показатель переключаемости активного внимания (ТМТ-В) составил 2 балла (нормативный показатель 6,31 баллов).

Было выявлено выраженное снижение темпа психической деятельности и показателя селективности внимания по сравнению с нормативными показателями, что соответствует низкой скорости выполнения всех тестовых заданий испытуемым.

Показатель темпа психической деятельности, измеренный по методике «Струп-тест», составил 6 баллов. Показатель селективности внимания, измеренный по методике «Струп-тест», составил 3 баллов (при нормативном показателе 5,21), что отражает достаточно высокую степень сложности предложенного задания для испытуемого, выполнение которого сопровождалось допущением большого количества ошибок.

С помощью методики ИТТ был выявлен средний уровень выраженности личностной тревожности с преобладанием в ее структуре фобического компонента. Показатель ситуационной тревожности также находился на уровне средней выраженности.

Также у пациента была выявлена такая личностная черта, как алекситимия.

Второй этап исследования (обследование было проведено через 7 дней после операции).

По результатам методики «10 слов» В. запомнил два слова после первого предъявления и также 6 после 5 предъявлений (показатель вербальной кратковременной памяти). Спустя полтора часа смог воспроизвести 2 слова (показатель вербальной долговременной памяти). Показатель зрительной памяти (тест Бентона) с учетом поправки на возраст испытуемого составил 6 баллов из 10 возможных. Показатель логической памяти (по методике «Запоминание рассказов») составил 2 балла из 5 возможных.

Показатель вербально-логического мышления по методике «Сходство» составил 11 баллов из 26 возможных; по методике «Простые аналогии» 4 балла из 10 возможных. Показатель пространственно-конструкторского мышления по методике «Кубики Кооса» составил 26 баллов из 48 возможных.

Показатель темпа психической деятельности и концентрации внимания (ТМТ-А) составил 2 балла (нормативный показатель 6,75 баллов), показатель переключаемости активного внимания (ТМТ-В) составил также 0 баллов (нормативный показатель 6,31 баллов). Допускал множество ошибок.

Показатель темпа психической деятельности, измеренный по методике «Струп-тест», составил 4 балла. Показатель селективности внимания, измеренный по методике «Струп-тест», составил 0 баллов (при норме 5,21).

В рамках изучения эмоционального состояния был выявлен высокий уровень выраженности ситуационной тревожности, с преобладанием астенического компонента тревожности (усталость, вялость) и тревожной оценки перспективности.

Заключение. По результатам проведенного психодиагностического исследования можно заключить, что для пациента А. был характерен преморбидный низкий уровень когнитивного функционирования, вероятно, связанный с основным сердечно-сосудистым заболеванием и низким уровнем жизни.

После коронарного шунтирования когнитивное функционирование пациента было подвержено преимущественно негативным изменениям: значительно снизилась вербальная память, долговременная память, незначительно снижен показатель зрительной памяти, снизился уровень вербально-логической памяти, снизились показатели пространственно-конструкторского мышления, а также выявлено ухудшение показателей темпа психической деятельности и характеристик внимания.

Приложение 3.

Клинический пример с улучшением когнитивного функционирования

Пациент В., 53 года. Проживает в Кировской области. Имеет инженерно-техническое среднее специальное образование. Вдовец, имеет двоих детей. На момент первичного обследования (до операции коронарного шунтирования) работает и планирует продолжить трудовую деятельность по окончании восстановительного периода.

Медико-биологические данные

Страдает от ишемической болезни сердца в течение четырех лет, стенокардии напряжения III функционального класса, хронической сердечной недостаточности II функционального класса. В анамнезе 2 инфаркта миокарда. По результатам коронарографии диагностировано поражение одного сосуда, реваскуляризация выполнялась впервые.

Вредные привычки: пациент курил ранее, бросил, алкоголь употребляет умеренно.

Клинико-психологическое исследование

В. характеризует свои семейные отношения как хорошие, теплые, отмечает также наличие эмоциональной поддержки и частых встреч с друзьями. Отрицает наличие актуальной психотравмирующей ситуации. Активно вовлечен в жизнь детей, доволен своей профессиональной деятельностью и положением в обществе. Имеет несколько постоянных увлечений и хобби.

Причину развития ишемической болезни сердца видит в повышенных физических нагрузках на работе. К предстоящей операции относится позитивно, основной мотив принятия решения об операции видит в улучшении качества жизни и самочувствия. На момент первичного обследования имеет общее представление как о своем сердечно-сосудистом заболевании, так и о предстоящей операции и ее последствиях. Нейтрально оценивает возможность продолжения трудовой деятельности после коронарного шунтирования. Адекватно относится к собственной болезни, со слов пациента регулярно выполняет все рекомендации врача, соблюдает режим приема лекарств, при этом показатель комплаентности по тесту Мориски-Грина составляет 5 баллов (удовлетворительная степень приверженности лечению). Охотно согласился на участие в исследовании, проявляет интерес.

Психодиагностическое исследование

Согласно полученным результатам психодиагностического исследования для оценки динамики когнитивного функционирования в периоперационном периоде, В. можно отнести к группе пациентов с когнитивными улучшениями.

Первый этап исследования (обследование было проведено за 2 дня до операции).

По результатам методики «10 слов» Н. запомнил 4 слова после первого предъявления и 7 после 5 предъявлений (показатель вербальной кратковременной памяти). Спустя полтора часа смог воспроизвести 4 слова (показатель вербальной долговременной памяти). Показатель зрительной памяти (тест Бентона) с учетом поправки на возраст испытуемого составил 8 баллов, что отражает достаточно высокий уровень изучаемой характеристики. Показатель логической памяти (по методике «Запоминание рассказов») составил 5 баллов из 5 возможных.

Показатель вербально-логического мышления по методике «Сходство» составил 21 баллов из 26 возможных; по методике «Простые аналогии» 10 баллов из 10 возможных. Показатель пространственно-конструкторского мышления по методике «Кубики Кооса» составил 36 баллов из 48 возможных.

Показатель темпа психической деятельности и концентрации внимания (ТМТ-А) составил 7 баллов (нормативный показатель 6,75 баллов), показатель переключаемости активного внимания (ТМТ-В) составил 4 балла (нормативный показатель 6,31 баллов). Было выявлено отчетливое снижение переключаемости активного внимания по

сравнению с нормативными показателями.

Показатель темпа психической деятельности, измеренный по методике «Струп-тест», составил 7 баллов. Показатель селективности внимания, измеренный по методике «Струп-тест», составил 5 балла (при норме 5,21).

С помощью методики ИТТ был выявлен низкий уровень выраженности личностной тревожности с некоторым преобладанием в ее структуре эмоционального дискомфорта и фобического компонента. Также был выявлен низкий уровень выраженности ситуационной тревожности, с некоторым преобладанием фобического компонента, в связи с предстоящей операцией.

Кроме того, у пациента также была выявлена такая личностная черта, как алекситимия.

Второй этап исследования (обследование было проведено через 9 дней после операции).

По результатам методики «10 слов» В. запомнил 5 слов после первого предъявления и также 8 после 5 предъявлений (показатель вербальной кратковременной памяти). Спустя полтора часа смог воспроизвести 6 слов (показатель вербальной долговременной памяти). Показатель зрительной памяти (тест Бентона) с учетом поправки на возраст испытуемого составил 9 баллов из 10 возможных что отражает высокий уровень изучаемой характеристики. Показатель логической памяти (по методике «Запоминание рассказов») составил 5 баллов из 5 возможных.

Показатель вербально-логического мышления по методике «Сходство» составил 24 баллов из 26 возможных; по методике «Простые аналогии» 10 баллов из 10 возможных. Показатель пространственно-конструкторского мышления по методике «Кубики Кооса» составил 40 баллов из 48 возможных.

Показатель темпа психической деятельности и концентрации внимания (ТМТ-А) составил 9 баллов (нормативный показатель 6,75 баллов), показатель переключаемости активного внимания (ТМТ-В) составил 7 баллов (нормативный показатель 6,31 баллов).

Показатель темпа психической деятельности, измеренный по методике «Струп-тест», составил 8 баллов. Показатель селективности внимания, измеренный по методике «Струп-тест», составил 6 балла (при норме 5,21).

В рамках изучения эмоционального состояния был выявлен низкий уровень выраженности ситуационной тревожности, с преобладанием социальной защиты, тревожной оценкой перспективы и астенического компонента тревожности (усталость, вялость).

Заключение. По результатам проведенного психодиагностического исследования можно заключить, что у пациента В. преимущественно отмечается положительная динамика когнитивных функций после коронарного шунтирования (или отсутствие изменений с сохранением преморбидного высокого уровня).

Однако обнаружено некоторое повышение уровня выраженности ситуационной тревожности, что предположительно связано с трудностями адаптации больного к новому образу жизни, тревогами за состояние собственного здоровья и нескорой возможностью вернуться к трудовой деятельности.