

ежегодном медицинском обследовании. Для выявления изменений проводилось суточное мониторирование-ЭКГ с анализом вариабельности сердечного ритма на повышенное давление газовой среды, которое не входит в состав регламентированных методик оценки ритма и проводящей системы сердца у водолазов. В результате проведенного нами исследования при оценке спектральных показателей вариабельности сердечного ритма были получены значимые различия между группами. В группе водолазов статистически значимо повышен индекс централизации сердечной деятельности (IC), характеризующий отношение центрального контура регуляции к автономному. У водолазов значимое преобладание низких (LF) и очень низких частот (VLF) над высокими частотами (HF), которое связано с угнетением автономного (парасимпатического) звена вегетативной регуляции сердечного ритма. В тоже время известно, что при выполнении проб с барометрической нагрузкой при повышении парциального давления кислорода происходит снижение ЧСС, которое при повторных погружениях может переходить в постоянную брадикардию у водолазов. Так же выявлено, что изменения в формировании сердечного ритма у водолазов не укладываются в представление о рефлекторном механизме ваготонической направленности. У водолазов происходит уменьшение ЧСС при явлениях стабилизации сердечного ритма. Данное явление установлено впервые. Объяснением для него может служить тот факт, что в проведенном исследовании большинство водолазов имели длительный стаж профессиональной деятельности. Представляется, что, действительно защитная компенсаторная реакция функциональной системой защиты водолаза на начальном этапе осуществляется по парасимпатическому варианту до момента исчерпания возможностей ваготонии. В дальнейшем происходит этап декомпенсации, характеризующийся централизацией сердечного ритма вплоть до формирования его ригидных форм.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Чугунова Ю.В., Чумакова Г.А., Веселовская Н.Г.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул; ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ, Барнаул; НИИ Комплексных проблем сердечно – сосудистых заболеваний, Кемерово.

Российская Федерация, Барнаул

В настоящее время висцеральное ожирение (ВО) и тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) широко распространены среди пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ), и являются факторами риска осложнений и снижения качества жизни после КШ.

Цель исследования: изучить особенности ТДР и их динамику у пациентов с ВО в периоперационном периоде КШ.

Материалы и методы: В исследование включено 90 пациентов с индексом массы тела от 25 до 35 кг/м², которым было показано проведение КШ. Наличие ВО оценивалось по показателю «окружность талии/окружность бедер» (ОТ/ОБ). Группу 1 составили пациенты с ВО при ОТ/ОБ>0,9 для мужчин и ОТ/ОБ>0,85 для женщин, Группу 2 – пациенты без ВО при ОТ/ОБ<0,9 для мужчин и ОТ/ОБ<0,85 для женщин. Для оценки психологических нарушений использовалась шкала Цунге и шкала реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности Спилбергера-Ханина. Тестирование проводилось перед КШ, через 2 недели и 6 месяцев после него.

Результаты: В Группе 1 уровни депрессии перед КШ ($p=0,001$), через 2 недели ($p=0,00002$) и через 6 месяцев ($p=0,026$) после него оказались статистически значимо выше, чем в Группе 2. В Группе 1 перед КШ 58,7% больных не имели депрессии, 34,8% больных имели легкую депрессию ситуативного или невротического характера и 6,5% – субдепрессивное состояние или маскированную депрессию; в Группе 2: 81,8% больных не демонстрировали признаков депрессии, 9,1% пациентов имели легкую депрессию и 9,1% – субдепрессивное состояние. При оценке динамики показателей уровня депрессии в Группе 1 статистически значимых изменений не наблюдалось; в Группе 2 наблюдалось статистически значимое снижение средних значений депрессии через 2 недели после КШ по сравнению с предоперационными данными (на 6,1%, $p=0,0016$) и статистически значимое повышение средних значений депрессии через 6 месяцев после КШ по сравнению с результатами через 2 недели после него (на 7,2%, $p=0,022$), однако уровень депрессии значимо не превысил средних значений предоперационного уровня. Уровни ЛТ и РТ в Группе 1 оказались статистически значимо выше, чем в Группе 2 на всех этапах обследования. Перед КШ пациенты Группы 1 де-

монстрировали в 54,3% случаев высокую РТ, в 41,3% случаев – умеренную РТ и лишь в 4,3% случаев – низкую РТ; при этом 36,4 % пациентов Группы 2 имели высокую РТ и 63,6% – умеренную РТ. В Группе 1 перед КШ 73,9% больных имели высокую ЛТ, а 26,1% – умеренную ЛТ; в Группе 2 наблюдалась противоположная картина: 72,7% пациентов имели умеренную ЛТ и 27,3% – высокую ЛТ. В Группе 1 не наблюдалось статистически значимых изменений ни уровня РТ, ни уровня ЛТ после КШ. В Группе 2 наблюдалось статистически значимое снижение уровня ЛТ на 7,6% ($p=0,000025$) через 2 недели после КШ, а через 6 месяцев средний уровень ЛТ снизился на 3,8% ($p=0,016$) в сравнении с предоперационными данными. Средний уровень РТ в Группе 2 через 2 недели после КШ снизился на 6,3% ($p=0,0021$) в сравнении с данными перед КШ.

Заключение: Пациенты с ВО имеют высокий риск развития ТДР в периоперационном периоде КШ.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Чугунова Ю.В., Чумакова Г.А., Веселовская Н.Г.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул; ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Барнаул; ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

Российская Федерация, Барнаул

Несмотря на клинические успехи операции аортокоронарного шунтирования (АКШ), развитие послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) значимо влияет на исходы, прогноз и качество жизни пациентов. В литературе имеется немного исследований, где изучалось развитие ПОКД у коморбидных пациентов, в том числе с висцеральным ожирением.

Цель исследования: изучить особенности развития ПОКД у пациентов с висцеральным ожирением в периоперационном периоде АКШ.

Материалы и методы: В исследование включено 90 пациентов с индексом массы тела от 25 до 35 кг/м², которым было показано проведение АКШ. Наличие висцерального ожирения оценивалось по показателю «окружность талии/окружность бедер» (ОТ/ОБ). В Группу 1 ($n=46$) вошли пациенты с висцеральным ожирением (ОТ/ОБ $>0,9$ для мужчин и ОТ/ОБ $>0,85$ для женщин), в Группу 2 ($n=44$) – пациенты без висцерального ожирения (ОТ/ОБ $\leq 0,9$ для мужчин и ОТ/ОБ $\leq 0,85$ для женщин). Для оценки когнитивных функций использована программа «Status PF» (Кемерово), выполнялись тесты на память, внимание, мышление, нейродинамику. Тестирование проводилось перед АКШ, через 2 недели и 6 месяцев после него. Факт развития ранней ПОКД устанавливался при снижении когнитивных показателей в послеоперационном периоде на 20 % по сравнению с предоперационными показателями в 20 % всех тестов. Ранняя ПОКД диагностировалась через 2 недели после АКШ, стойкая ПОКД – через 6 месяцев после операции.

Результаты: Пациенты Группы 1 имели показатели когнитивных функций ниже в сравнении с пациентами Группы 2 перед АКШ, через 2 недели и через 6 месяцев после операции: у пациентов с висцеральным ожирением страдали показатели памяти, внимания, мышления и нейродинамических процессов. Ранняя ПОКД выявлена у 69,6 % пациентов Группы 1 и у 63,6 % пациентов Группы 2 ($p>0,05$). Стойкая ПОКД выявлена у 58,7 % пациентов Группы 1 и у 36,4 % пациентов Группы 2 ($p=0,037$).

Заключение: Через 2 недели после АКШ у пациентов с висцеральным ожирением и без него одинаково часто развивается ПОКД, частота развития стойкой ПОКД через 6 месяцев после АКШ выше у пациентов с висцеральным ожирением.