

# ЖУРНАЛ НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

*имени С.С.Корсакова*



ТОМ LXXXII

ВЫПУСК

11

МОСКВА 1982 •МЕДИЦИНА•

Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова,  
1982, LXXXII, вып. 11, 1601—1760



## ОБЗОРЫ, ОБСУЖДЕНИЯ, РЕЦЕНЗИИ

УДК 616.12-007.1-021.5-089.163/.168-07:616.89

В. А. Скумин

### НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПСИХИКИ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ (ОБЗОР)

Изучению психики кардиологических больных в отечественной и зарубежной литературе уделяется традиционно большое внимание [1—10]. Ведь в представлении человека сердце — это не просто насос, перекачивающий кровь, а, как образно говорил И. П. Павлов [11], чрезвычайно ответственный орган, держащий в своих руках судьбу всего организма. Нормальная деятельность сердца, подчеркивал М. И. Аствацатуров [12], является фактором безотчетного, подсознательного чувства уверенности в своих силах, твердости, прочности жизненного равновесия.

Современные исследователи [13—18] полагают, что психическая сфера у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями страдает настолько значительно, что нередко требует к себе гораздо большего внимания, чем их соматическое состояние.

Особую проблему, привлекающую к себе внимание не только психиатров, но также терапевтов и хирургов [19—23], представляет изучение психических изменений у пациентов с приобретенными пороками сердца. С внедрением в практику методов радикальной коррекции пороков появились реальные возможности для успешного восстановительного лечения и возвращения оперированных к труду [16, 24—26]. Так, после протезирования сердечных клапанов количество трудоспособных увеличивается примерно в 2,5 раза. Однако, несмотря на это, удельный вес лиц, не участвующих в трудовой деятельности, в отдаленные сроки после операции возрастает более чем в 1,5 раза [19, 27]. Одной из ведущих причин столь значительного разрыва между потенциальными возможностями и фактическими результатами реабилитации является, по мнению многих авторов, психическая дезадаптация [16, 24, 28—33].

В литературе приводятся различные сведения о частоте психопатологических синдромов при пороках сердца. Указывается, в частности, что непсихотические нарушения психики наблюдаются у преобладающего большинства больных с приобретенными пороками сердца [19, 29, 34—39].

Расстройства психической деятельности развиваются на фоне выраженной недостаточности церебральной гемодинамики вследствие общего нарушения кровообращения — сердечно-сосудистой декомпенсации и патологии сердечного ритма. Это доказано специальными исследованиями клинико-экспериментального характера [40, 41].

Клиническая картина психических нарушений весьма полиморфна. Детальный анализ пограничных психических расстройств при пороках провел В. В. Ковалев [42], обследовавший 324 больных с ревматическими пороками сердца. У большинства были выявлены различные симптомокомплексы психических нарушений. Чаще всего (в 195 случаях) встречались соматогенные астенические синдромы: раздражительной слабости, гипостенический, церебрастенический. Гораздо реже (у 25 больных) отмечались неврозоподобные синдромы: истероформный, сенестопатически-ипохондрический, а также смешанные состояния. Невротические реакции автор наблюдал у 41 больного.

Обследовано 50 человек с митральными пороками сердца в различных стадиях заболевания, М. И. Фель и Х. С. Гасанов [43] установили у всех у них наличие астенодепрессивного, астеноипохондрического, обсессивно-фобического или тревожно-депрессивного состояния.

Л. О. Бадалян [44] самым ранним психическим нарушением при пороке сердца считает обнаруженную им в 72% случаев нейроциркуляторную астению. Среди причин ее развития наряду с общими гемодинамическими нарушениями и дисциркуляторными изменениями в мозге названы психогенные влияния и патологическая фиксация внимания больных на своем заболевании.

Анализ психического состояния 250 человек с приобретенными пороками сердца позволил М. В. Щербине [45] прийти к выводу о том, что общим для всех пациентов является наличие астении с преобладанием того или иного синдрома.

В результате обследования 309 лиц с тяжелыми приобретенными пороками



сердца, проведенного нами [46], обнаружено, что у 81,9% больных имеются не-психотические нарушения: астенический синдром был ведущим, у 50,5% из них, фобический — у 12,3%, депрессивный — у 11,3%, сенестопатически-ипохондрический — у 3,6%, истероформный — у 2,9%, прочие нарушения — у 2,3%. В большинстве случаев наблюдали сочетания, т. е. астенофобический, астенодепрессивный и другие симптомокомплексы. Специфичности психических расстройств при различных типах пороков не отмечено. Нарушений психики не выявлено у 18,1% обследованных.

Необходимо подчеркнуть, что положение, в которое попадают больные, госпитализированные в кардиохирургический центр, обычно после длительной консервативной терапии, отличается характерными особенностями. Пациентам предлагается сложное и сопряженное с большим риском хирургическое вмешательство на сердце — органе, имеющем особое значение для жизнедеятельности организма [11, 12, 47—49]. К этому событию многие лица оказываются психологически не готовыми.

Возникает своеобразная «кардиохирургическая ситуация»: положение, в котором человек должен безотлагательно сделать решающий выбор — согласиться на операцию, открывающую перспективу восстановления здоровья, но одновременно представляющую непосредственную угрозу для жизни, или отказаться от нее, сознавая, что болезнь будет неизбежно прогрессировать, а операция может оказаться в будущем невозможной [46]. В целом эта ситуация является по своему характеру экстремальной, психотравмирующей и отрицательно влияет на психику пациентов в предоперационном периоде [50].

Психоэмоциональные нарушения, отмечающиеся до операции, некоторые исследователи, стоящие на позициях психосоматической медицины, считают основной причиной возникновения тяжелых соматических изменений, развивающихся после хирургического вмешательства. Основываясь на результатах анализа психологического состояния пациентов, готовящихся к операции на открытом сердце, Kimball [51, 52] выделил 4 группы больных: приспособленные, реально учитывающие ситуацию; симбиозные, тяготеющие к опеке; тревожные, склонные к преувеличению тяжести состояния; депрессивные, не строящие планов на будущее. Проследив динамику их соматического статуса после хирургического вмешательства, автор отметил, что у пациентов первой из этих групп выздоровление проходило без осложнений. В других группах наблюдались различные соматические осложнения, частота и степень выраженности которых были наибольшими в четвертой.

В ряде работ [53—57] подчеркивается прямое негативное влияние чувства страха, боязни хирургического вмешательства на развитие тяжелых послеоперационных осложнений — отека легких, тромбозов и т. п. Blachy и Starr [58] даже утверждают, что предоперационные эмоциональные расстройства имеют витальное прогностическое значение. По их

данным, из 35 пациентов с такими нарушениями 11 умерли на протяжении первой недели после операции на сердце, еще 9 — в 3-месячный срок.

Недостатком указанных исследований является, помимо небольшого числа наблюдений, отсутствие конкретного сопоставления соматического и психического состояний. Известно, что степень эмоциональных сдвигов может коррелировать с тяжестью соматического статуса. В таком случае послеоперационные осложнения окажутся прямо связанными с факторами исходного физического статуса и выводы о решающей роли психоэмоциональных расстройств в генезе послеоперационных соматических нарушений будут несостоятельными [46].

Более объективным характером отличается работа Henrichs и Waters [59], основанная на данных экспериментально-психологического исследования 81 пациента с помощью теста MMPI. Не делая категорических выводов о прогностическом значении психоэмоциональных нарушений в предоперационном периоде, авторы логически обосновывают необходимость при подготовке к кардиохирургическому вмешательству анализа не только показателей тяжести соматического состояния, но и типа личности, ее реакции на кардиохирургическую ситуацию.

Показательно, что в случае развития приобретенного порока в детском возрасте (независимо от его типа) психическая дезадаптация в предоперационном периоде менее выражена. Среди причин, обуславливающих ее возникновение, Morgan [60] особо подчеркивает роль ятрогенных факторов, формы проведения предоперационных приготовлений. Большое значение придается первичной психологической реакции на предложение хирургического вмешательства. Эта реакция и сама форма, в какой сделано было предложение, прочно фиксируются в сознании пациента. Именно этот, первый момент, утверждает автор, оказывает наиболее сильное влияние на психику.

Сходной точки зрения придерживаются многие исследователи [61—67]. Разделяя мнение этих авторов о психотравмирующей роли приготовлений к операции на сердце, заметим, что не только предложение, но и отказ в хирургическом лечении всегда психологически значимы для пациента. Описан случай [44], когда 22-летний больной с митральным пороком внезапно умер непосредственно после того, как врач сообщил ему о невозможности операции в связи с тяжестью состояния.

Переходя к анализу работ, посвященных психическим нарушениям в послеоперационном периоде, отметим, что кардиохирургическое вмешательство оказывает выраженное негативное воздействие на весь организм. В процессе операции подвергаются механической травме сердце и сосуды, кожные покровы, мышцы, кости. Отрицательно влияя на организм длительный многочасовой наркоз, потеря крови, гипоксия тканей, нейрогуморальные нарушения, различные рефлекторные воздействия. Операции, осуществляемые



в условиях экстракорпорального кровообращения, сопровождаются особенно глубокими изменениями, затрагивающими функции центральной нервной системы [21, 68—73].

В. В. Ковалев [42] выделяет три основных периода динамики психического состояния больных, перенесших кардиохирургическое вмешательство: астенодинамический (первые 2—3 сут), неврозоподобный (от 3-го до 13-го дня после операции) и период обратного развития неврозоподобной симптоматики, имеющий индивидуальную длительность (от 1 до 3 мес и больше).

Наблюдения ряда авторов показывают, что при отсутствии направленной психокорригирующей работы с больными в отдаленные сроки после операции психическое состояние, несмотря на положительную динамику соматического статуса, не улучшается [16, 71, 74—76]. Могут формироваться и специфические нервно-психические расстройства [42, 44, 77, 78], в частности, у лиц с искусственными клапанами сердца — описанный нами кардиопротезный психопатологический синдром [36, 46, 79, 80]. Этиопатогенетическими механизмами, обуславливающими его развитие являются: 1) наличие функционирующего инородного тела (протеза) в сердце, работа которого сопровождается характерными звуковыми явлениями, в результате чего возникает неестественная обратная связь (сердце — мозг); 2) хирургическая травматизация нервно-мышечного аппарата сердца, крупных сосудов, нарушение цереброкардиальных связей; 3) особенности психического и соматического состояния больных с тяжелыми приобретенными пороками сердца (патологически измененная почка).

Кардиопротезный психопатологический синдром имеет типичную клиническую картину. Мышление, поведение больных при нем специфически изменяются. Внимание сосредоточивается на работе протеза. Возникают необычные ощущения со стороны сердца, навязчивые опасения возможной поломки клапана, раскалывания шарика, отрыва протеза. Появляется чувство особой тревоги, тоски, неуверенности (как жить с «железкой» в сердце, с протезом в «моторе жизни»), угнетенное настроение. Возможны суицидальные тенденции [36].

Больные склонны оберегать себя от малейшего физического и психического напряжения, вводя неадекватные режимные самоограничения. Они избегают занятий лечебной физкультурой, дозированных тренировок и т. п., полагая, что таким образом предупредят преждевременный износ искусственных клапанов. Специфичны расстройства сна, наблюдающиеся у большинства пациентов. Ночью из-за стука протеза они не в состоянии заснуть, часами прислушиваются к работе сердца, подсчитывают число экстрасистол, отмечают малейшие изменения ритма и мелодии имплантированного клапана. Днем же в, казалось бы, неблагоприятной для сна шумной обстановке могут крепко спать.

При кардиопротезном психопатологическом синдроме обычно наблюдаются веге-

тативные нарушения, проявляющиеся болезненностью в области солнечного сплетения, зоне сонной артерии, извращением рефлекса Данини — Ашнера, артериальной гипотонией [79].

Лечение психопатологических состояний у больных с приобретенными пороками сердца представляет собой сложную задачу как до, так и после операции. Применение психофармакологических препаратов существенно ограничено ввиду их кардиотоксического, гипотонического, миорелаксирующего и иных побочных действий [42, 75, 81—86]. Поэтому во многих случаях наиболее целесообразно применение способов психотерапевтического воздействия. Психотропные же медикаменты назначаются в небольших дозах, на непродолжительное время, действие их всегда потенцируется психотерапией.

Опыт работы с больными кардиохирургического профиля позволил предложить схему оптимального применения психофармакологических средств [46, 87]. Рекомендуются назначение меллерила в суточной дозе 0,01—0,03 г; неулептила (0,005—0,01 г), мебикара (0,3—0,9 г), азафена (0,025—0,1 г), ацефена (0,1—0,2 г), ноотропила (0,8—1,6 г) и других препаратов. Хорошо зарекомендовала составленная и апробированная нами смесь, состоящая из горичвета весеннего, боярышника, валерианы, пустырника, эвкалипта, мяты, плодов шиповника [87].

Среди приемов психотерапевтического воздействия А. С. Пурас и Ю. И. Бредикис наиболее значимой считают рациональную психотерапию [88]. Некоторые авторы склоняются к более широкому применению гипносуггестивного воздействия [74, 89—91]. Есть данные о положительном влиянии на психическое состояние больных систематических занятий аутогенной тренировкой [76, 92—95]. Разработан и специальный вариант аутотренинга, учитывающий особенности психического и соматического статуса кардиохирургических больных [46].

Предпринимаются попытки сочетать психокоррекционные и психопрофилактические мероприятия с общими реабилитационными программами [16, 33, 46, 87, 96—99]. В научный лексикон вошел даже специальный термин «психическая (психологическая) реабилитация». Он употребляется применительно к реабилитации соматических больных с отклонениями в психической сфере [14, 19, 97, 100—105].

М. В. Щербина [45] осуществляла психическую реабилитацию 150 больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. Применялись три психотерапевтические методики — малая, рациональная психотерапия и аутогенная тренировка по М. С. Лебединскому и Т. Л. Бортник. По данным автора, это способствовало значительному улучшению психического состояния, а также восстановлению трудоспособности в 2 раза чаще и в более ранние сроки, чем у лиц контрольной группы.

Нами предложена поэтапная структура психотерапевтической помощи в хирургии приобретенных пороков сердца [46, 106—108]. 1-й этап — подготовительный. Он



соответствует предоперационному периоду лечения и предусматривает решение следующих задач: изучение психического состояния, установление психотерапевтического контакта, психологическую подготовку к хирургическому вмешательству. 2-й этап, седативно-мобилизующий, начинается после операции в реанимационном блоке и продолжается в кардиохирургическом отделении. Его главные задачи: успокоение оперированных, формирование адекватного отношения к послеоперационному состоянию, выработка активных личностных позиций. 3-й этап, активной психосоциальной реадaptации, начинается в клинике сердечной хирургии и продолжается в загородном санатории. Его задачами являются комплексная терапия психопатологических проявлений, коррекция рентных личностных позиций, формирование и укрепление адекватных психологических установок. 4-й этап, поддерживающе-корректирующий, начавшись в санатории, впоследствии осуществляется в процессе амбулаторного наблюдения, при повторных поступлениях в стационар. Основные его задачи: поддержание достигнутого уровня психосоциальной адаптации, осуществление психокорректирующих мероприятий, психопрофилактика, психогигиена.

Применение такого комплекса психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий в лечебно-восстановительных программах обеспечило коррекцию психических нарушений у 50,2% больных, оперированных по поводу тяжелых приобретенных пороков сердца, и достижение адекватного уровня социально-трудовой адаптации у 79,1% пациентов [16, 19, 46].

Подводя итог представленным в обзоре литературы данным, следует подчеркнуть, что непсихотические нарушения психики наблюдаются у большинства больных с приобретенными пороками сердца как до, так и после операции. Указанные расстройства проявляются в основном астеническим, фобическим и депрессивным синдромами, а также их сочетаниями. Психический статус пациентов, подвергающихся кардиохирургическому вмешательству, претерпевает определенные изменения. В предупреждении и коррекции пограничных психических нарушений ведущее место принадлежит специальным методам психотерапевтического и психопрофилактического воздействия, разработанным с учетом особенностей психического и соматического статуса до и после операции.

1. Озерцовский Д. С. — Невропатол. и психиатр., 1947, № 6, с. 43—47.
2. Оганесян Л. А. — В кн.: Всесоюзное о-во невропатологов и психиатров. Научн. сессия. Тезисы. Ереван, 1953, с. 3—4.
3. Рохлин Л. Л. — В кн.: Психические нарушения у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. М., 1959, с. 65—87.
4. Быков К. М., Курцин И. Т. Кортиковисцеральная патология. Л., 1960.
5. Банщиков В. М., Романова И. С.

- Труды Ленинград. научн.-исслед. психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева. Л., 1962, т. 27, с. 162—174.
6. Дегтярева В. М. — В кн.: Терапия психических заболеваний. М., 1961, с. 237—147.
7. Ковалев В. В. — Ж. невропатол. и психиатр., 1961, № 3, с. 420—425.
8. Castex M. R. Los trastornos mentales en los cardiopatas. Buenos-Aires, 1927.
9. Gerarducci D. — Neopsichiatria, 1950, 15/16, p. 64—98.
10. Kaplan S. M. — Psychosom. Med., 1956, v. 18, p. 221—233.
11. Павлов И. П. — В кн.: Неопубликованные и малоизвестные материалы И. П. Павлова. Л., 1975, с. 16—24.
12. Аствацатуров М. И. — Клин. мед., 1934, № 9, с. 1261—1269.
13. Целибеов Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972.
14. Шхвацабая И. К., Аронов Д. М., Зайцев В. П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М., 1978.
15. Морозов Г. В., Лебединский М. С. — В кн.: Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972, с. 5—22.
16. Бендет Я. А., Морозов С. М., Скумин В. А. — Кардиология, 1980, № 6, с. 45—50.
17. Dellipiani A. W. — Brit. Heart J., 1976, v. 38, p. 752—757.
18. Жукаускаене И. Ю. Реабилитация больных после многоклапанной коррекции ревматических пороков сердца. Автореф. дис. канд. Вильнюс, 1981.
19. Амосов Н. М., Бендет Я. А., Атаманюк М. Ю. и др. — В кн.: Реабилитация при ИБС и пороках сердца. Горький, 1980, с. 107—109.
20. Бураковский В. И., Гладкова М. А., Кассирский Г. И. — Кардиология, 1971, № 5, с. 5—12.
21. Бураковский В. И., Степанян Е. П., Левицкая Н. И. — Грудная хир., 1968, № 2, с. 3—7.
22. Сергеевский В. С., Чернов В. К., Филатов А. Т. и др. — В кн.: Психоневрология, психотерапия, психология. Алма-Ата, 1972, с. 226—228.
23. Микялскас Р. В. — В кн.: Психологические особенности и динамика психического состояния больных ишемической болезнью сердца на санаторно-курортном этапе лечения. Автореф. дис. канд. Каунас, 1981.
24. Амосов Н. М. — В кн.: Съезд кардиологов УССР. 1-й. Тезисы докладов. Киев, 1978, с. 262—263.
25. Скумин В. А. — В кн.: Процессы адаптации и компенсации в кардиологии. Львов, 1979, с. 75—77.
26. Кассирский Г. И. — Тер. арх., 1978, № 4, с. 66—71.
27. Кнышов Г. В., Черкашина Н. Г. — В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца. Киев, 1978, с. 18—19.



28. Баничиков В. М., Колесников С. А., Романова И. С. и др. — Ж. невропатол. и психиатр., 1962, № 6, с. 916—920.
29. Скумин В. А., Морозов С. М. — В кн.: Реабилитация при ИБС и пороках сердца. Горький, 1980, с. 136—138.
30. Малышев Ю. И. Изменения нервной системы у больных приобретенными пороками сердца, оперированных в условиях искусственного кровообращения. Дис. канд. М., 1967.
31. Heller S. S. — Arsh. intern. Med., 1974, v. 134, p. 908—914.
32. Гинзбург З. М., Шилов А. М. — Сов. Мед., 1975, № 12, с. 109—112.
33. Кассирский Г. И., Гладкова М. А. Медицинская реабилитация в кардиохирургии. М., 1976.
34. Невзорова Т. А., Дегтярева В. М., Лебедева Р. И. — В кн.: Терапия психических заболеваний. М., 1961, с. 228—236.
35. Урсова Л. Г. — В кн.: Пограничные состояния в психиатрии. М., 1977, с. 5—14.
36. Скумин В. А. — В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца. Киев, 1978, с. 38—41.
37. Abram H. S. — Am. J. Psychiat., 1965, v. 122, p. 659—668.
38. Aberg T., Kihlgren M. — Scand. J. thorac. cardiovasc. Surg., 1976, v. 10, p. 221—224.
39. Quinlan D. M., Kimball C. P., Osborne F. — Arch. gen. Psychiat., 1974, v. 31, p. 241—244.
40. Ларионов А. Д. — В кн.: Ставропольский мед. ин-т. Юбилейная науч. сессия. Материалы. Ставрополь, 1963, с. 78—79.
41. Ларионов А. Д. — Учен. записки Ставропольск. мед. ин-та, 1965, т. 15, с. 81—84.
42. Ковалев В. В. Психические нарушения при пороках сердца. М., 1974.
43. Фель М. И., Гасанов Х. С. — В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 393—394.
44. Бадалян Л. О. Неврологические синдромы при болезнях сердца. М., 1975.
45. Щербина М. В. Эффективность психической реабилитации больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. Дис. канд. М., 1979.
46. Скумин В. А. Психотерапия и психопрофилактика в системе реабилитации больных с протезами клапанов сердца. Автореф. дис. канд. Харьков, 1980.
47. Чазов Е. И. — Тер. арх. 1980, № 1, с. 3—9.
48. Bilikiewicz T. Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej. Warszawa, 1976.
49. Briotel J. M., Ricordeau G. — Vie med., 1972, v. 53, p. 5179—5188.
50. Морозов В. И. — В кн.: Вопросы психиатрии и психотерапии. Тамбов, 1977, с. 393—397.
51. Kimball C. P. — Psychother. Psychosom., 1970, v. 18, p. 259—274.
52. Kimball C. P. — Arch. gen. Psychiat., 1972, v. 27, p. 57—63.
53. Kornfeld D. S. — Ibid., 1974, v. 31, p. 249—253.
54. Lazarus H. R., Hagens J. H. — Am. J. Psychiat., 1968, v. 124, p. 1190—1195.
55. Leoni G. — Riv. sper. Freniat., 1970, v. 94, p. 1145—1162.
56. Kimball C. P. — J. thorac. cardiovasc. Surg., 1969, v. 126, p. 348—359.
57. Kimball C. P. — Am. J. Psychiat., 1969, v. 126, p. 348—359.
58. Blachy R. M., Starr A. — Ibid., 1964, v. 121, p. 371—375.
59. Henrichs T. F., Waters W. F. — Brit. J. Psychiat., 1972, v. 120, p. 491—496.
60. Morgan D. H. — J. psychosom. Res., 1971, v. 15, p. 41—46.
61. Knox S. J. — Brit. J. Psychiat., 1963, v. 109, p. 656—668.
62. Jakubik A. — Psychiat. pol., 1969, v. 3, p. 473—478.
63. Jakubik A. — Acta med. pol., 1972, v. 13, p. 103—112.
64. Javid H., Tufo H., Dye W. et al. — J. Thorac. cardiovasc. Surg., 1969, v. 58, p. 502—509.
65. Johus M. W., Large A. A., Masterton J. P. et al. — Brit. J. Surg., 1974, v. 61, p. 377—381.
66. Blacher R. S. — Mt Sinai J. Med., 1971, v. 38, p. 74—78.
67. Blacher R. S. — J. A. M. A., 1972, v. 222, p. 305—308.
68. Акимов Г. А., Либов А. С., Виденин В. С. — Грудная хир., 1963, № 1, с. 25—34.
69. Боголепов Н. К., Бураковский В. И., Степанян Е. П. и др. — В кн.: Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 2-й. Материалы. М., 1967, с. 302—306.
70. Радзивил Г. Г. Влияние искусственного кровообращения на гемодинамику и некоторые показатели внутренней среды организма. Автореф. дис. докт. М., 1972.
71. Edido B. — Bull. N. Y. Acad. Med., 1972, v. 48, p. 545—557.
72. Gruvstad M., Hane M. — Scand. J. thorac. cardiovasc. Surg., 1976, v. 10, p. 215—220.
73. Скумин В. А. — В кн.: Съезд кардиологов УССР. 1-й. Тезисы докладов. Киев, 1978, с. 288.
74. Курлеутов Э. М. — Кровообращение, 1974, № 1, с. 59—61.
75. Курлеутов Э. М. — В кн.: Актуальные проблемы реаниматологии. Алма-Ата, 1974, с. 132—134.
76. Морозов В. И. Профилактика нервнопсихических осложнений в хирургии приобретенных пороков сердца. Автореф. дис. канд. Л., 1976.
77. Bogetto F., Valente L., Abrate M. — Minerva cardioangiol., 1975, v. 23, p. 362—368.
78. Crocoli M. — Ibid., 1974, v. 22, p. 569—573.
79. Скумин В. А. — В кн.: Центральная регуляция вегетативных функций. Тбилиси, 1980, с. 41—42.
80. Скумин В. А. — В кн.: Клиника, диагностика, лечение нейрогенных соматических заболеваний. Пермь, 1981, с. 194—195.



81. Громова Г. В., Петухова Л. В., Щербина М. В. и др. — В кн.: Биологические, психологические и социальные аспекты реабилитации. Вильнюс, 1976, с. 221—225.
82. Медицинская реабилитация больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Дзяк В. Н., Крыжановская И. И., Алексеенко З. К. и др. Киев, 1976.
83. Зайцев В. П. — Кардиология, 1973, № 2, с. 142—150.
- 84—85. Райский В. А. — Ж. невропатол. и психиатр., 1971, № 7, с. 1090—1100.
86. Neuhaus K. L., Benesch L. — Med. Welt. (Stuttg.), 1978, Bd 29, S. 478—481.
87. Психотерапия и психопрофилактика в системе реабилитации больных с протезами клапанов сердца (Метод. рекомендации). Сост. В. А. Скумин. Киев, 1980.
88. Пурас А. С., Бредикис Ю. И. — В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 388—389.
89. Абдулаев Г. И., Фель М. И., Гасанов Х. С. и др. — Хирургия, 1968, № 12, с. 21—24.
90. Гасанов Х. А., Гасанов Х. С. Азербайджанский ин-т усовершенствования врачей. Выездная науч. сессия. Материалы. Махачкала, 1973, ч. 1, с. 96—97.
91. Гасанов Х. С. Психотерапия больных с различными психопатологическими синдромами до и после операции на сердце. Дис. канд. Баку, 1973.
92. Курлеутов Э. М. Комплексные методы психопрофилактической подготовки больных ревматическими пороками сердца к оперативным вмешательствам. Дис. канд. Харьков, 1973.
93. Громова Г. В., Людиновская Р. А., Яковлев И. С. и др. — Кардиология, 1979, № 2, с. 61—66.
94. Luthe W. — Am. J. Psychother., 1963, v. 17, p. 174—182.
95. Dorossiev D. — In: Psychological Approach to the Rehabilitation of Coronary Patients. Berlin, 1976, p. 26—31.
96. Гладкова М. А., Кассирский Г. И. — В кн.: Вопросы кардиоангиологии. Караганда, 1977, с. 85—86.
97. Громова Г. В., Петухова Л. В., Харлова Л. В. и др. — Грудная хир., 1974, № 3, с. 38—41.
98. Громова Г. В., Петухова Л. В., Щербина М. В. — В кн.: Новое в хирургии. М., 1976, с. 54—56.
99. Щербина М. В., Громова Г. В., Петухова Л. В. — В кн.: Вопросы кардиоангиологии. Караганда, 1977, с. 97—98.
100. Зайцев В. П., Гритченко Н. В. — Тер. арх., 1974, № 10, с. 26—30.
101. Зайцев В. П. Вопросы психической реабилитации больных инфарктом миокарда. Дис. докт. М., 1975.
102. Winter I., Kellermann J. J. — In: Psychological Approach to the Rehabilitation of Coronary Patients. Berlin, 1976, p. 156—172.
103. Naismith L. D., Robinson J. F., Shaw G. B. et al. — Brit. med. J., 1979, v. 1, p. 439—446.
104. Ibbotson J. — Brit. J. occup. Ther., 1975, v. 38, p. 5—8.
105. Fisher S. — Acta cardiol. (Brux.), 1970, v. 14, p. 47—52.
106. Скумин В. А. — В кн.: Съезд невропатологов и психиатров УССР. 6-й. Тезисы докладов. Харьков, 1978, с. 54—55.
107. Скумин В. А. — В кн.: Межобластная научно-практическая конф. по неврозам и неврозоподобным состояниям, посвящ. 70-летию Костром. обл. психиатрической больницы. Материалы. Кострома, 1978, с. 97—100.
108. Скумин В. А. — Мед. сестра, 1979, № 9, с. 44—45.

УДК 616.832.955-008.6-092

## ПО ПОВОДУ СТАТЬИ М. Д. БЛАГОДАТСКОГО «К ПАТОГЕНЕЗУ СИНДРОМА КАУДУОГЕННОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ»<sup>1</sup>

Полагаем, что в статье следовало бы упомянуть о трех вариантах синдрома конского хвоста, описанных Е. В. Макаровой в книге «Поражения спинного мозга при заболеваниях позвоночника» (М., «Медицина», 1972, с. 113): медленное, неуклонно прогрессирующее течение на фоне люмбоишиалгических болей, прогрессирующее развитие компрессии и болевого синдрома,

острое инсультобразное развитие синдрома конского хвоста. Поскольку последний нередко сопровождается поражением конуса и эпиконуса спинного мозга, желательно было бы упомянуть о возможности не только каудогенной, но одновременно и миелогенной перемежающейся хромоты, а также обсудить клинические проявления патологии с учетом соответствующих синдромов: конусно-эпиконусно-радикулярного, эпиконусно-радикулярного и др.

<sup>1</sup> Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1982, в. 4.

З. К. Якупов