

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР  
КИЕВСКИЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ТУБЕРКУЛЕЗА И ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ  
имени акад. Ф. Г. ЯНОВСКОГО**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПОРОКОВ СЕРДЦА**

**КИЕВ — 1978**

большое завихрение потока в заклапанном пространстве.

Протез состоит из двух частей и выполнен из титанового сплава марки ТВ-1 и представляет собой каркас с тремя щелями, прикрываемыми кольцевой пластинкой формы полутороида. Снаружи каркас обвит медицинским фетром марки ВТУ-ОКБ-67 для крепления. Внутренний диаметр наименьшей кольцевой пластинки равен 11 мм, что соответствует площади  $94 \text{ мм}^2$ , а суммарная площадь трех щелей равна  $98 \text{ мм}^2$ . Наружный диаметр кольцевой пластинки равен 4 мм и соответствует внутреннему диаметру каркаса клапанного протеза. Осевое перемещение кольцевой пластинки /запирающего элемента клапана/ ограничивается тремя выступами пластинчатой формы корпуса протеза и равно 3 мм, а площадь сечения цилиндрического зазора при открытой позиции равна  $103 \text{ мм}^2$ . Коэффициент полезного сечения клапана определяется как отношение пропускающей площади сечения к общей площади поперечного сечения клапана /  $227 \text{ мм}^2$  /. Вышеизложенное можно определить формулой:  $\frac{94}{227} \cdot 100\% = 41\%$  /наименьший размер/. По мере увеличения наружного диаметра протеза осевое или центральное сечение запирающего элемента и пропускная способность клапанного протеза будут увеличиваться пропорционально.

Клапанный протез предложенной конструкции апробирован на стендах постоянного и пульсирующего потоков в лаборатории полимеров института сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева АМН СССР и экспериментально в научно-исследовательской лаборатории грудной хирургии Тбилисского ГИДУВа /56 опытов за 1974г./ с удовлетворительными результатами.

#### К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

В.А.Скумин / Киев /

Практические запросы терапии и реабилитации больных с протезами сердечных клапанов требуют изучения и использования всех уровней и способов воздействия с целью обеспечения максимального восстановления функций, как биологических, так и со-

циальных, которые были нарушены вследствие заболевания. В связи с этим в нашей клинике с 1976 г. начата активная разработка методики психологической реабилитации указанного контингента больных.

В настоящем сообщении представлены некоторые аспекты опыта психолого-психотерапевтической работы, которая осуществлялась в клинике сердечной хирургии и кардиологическом отделении республиканского клинического санатория "Ирпень" с 62 больными /80 женщин, 32 мужчины/ в возрасте от 15 до 52 лет. Всем им были имплантированы отечественные шаровые и полушаровые протезы клапанов сердца МКЧ и АКЧ.

У большинства обследованных выявлено доминирование механизмов биологической адаптации к измененной болезни внутренней среде на фоне значительно заторможенных социальных установок личности. Ориентировочные реакции, внимание, интересы, мотивации с внешнего мира, аспектов социально-трудового характера переключаются у них на собственный внутренний мир, связанный с заболеванием. Указанная закономерность в наиболее выраженной степени проявилась у больных с фобическим вариантом кардиопротезного синдрома, описанного нами в первом сообщении, а также при наличии истероформных, сенесто-ипохондрических и некоторых других психических нарушений.

Состояние нервно-психической сферы находится в тесной динамической связи с соматическим состоянием оперированных. Недооценка психосоматических факторов нередко приводит к заметному снижению эффективности хирургических и терапевтических мероприятий. В свою очередь бесперспективны, в целом, попытки направленного психологического воздействия без надлежащего учета соматического статуса. Поэтому создание и осуществление оптимальных лечебно-восстановительных программ, как показывает опыт, может быть возможным лишь при условии тесного контакта хирурга, терапевта, психотерапевта, психолога.

В приведенной ниже таблице представлена рабочая схема этапов психологической реабилитации, разработанная для наших условий.

## Этапы психологической реабилитации

Этап	Период лечения	Сроки проведения
I. Подготовительный	Предоперационный	2-7 дней
II. Седативно-мобилизационный	Ранний послеоперационный, санаторный	4-6 недель
III. Активной психологической реабилитации	Санаторный, послеоперационный	5-8 недель
IV. Поддерживающий	Амбулаторный, санаторный	Систематически

В основу системы психологической реабилитации положен комплекс психотерапевтических, психопрофилактических и гигиенических мероприятий, осуществляемых всем медицинским персоналом, чему предшествует соответствующая подготовка в области "малой" психотерапии с учетом деонтологических аспектов лечения в кардиохирургической клинике. Организация работы и применение методов "большой" психотерапии осуществляется психотерапевтом.

Одной из важнейших отличительных особенностей работы с нашим контингентом больных является предупреждение и своевременная коррекция специфических психопатологических нарушений /"кардиопротезный синдром"/. Это достигается, в частности, путем проведения на подготовительном этапе психотерапевтически опосредованных и психопрофилактически направленных бесед с демонстрацией протеза, информированием об особенностях его функционирования в организме после имплантации. С этой же целью на всех этапах осуществляются разноплановые психотерапевтические мероприятия, включая направленное суггестивное воздействие с внушением уверенности в надежности искусственного клапана. В остальном методика психотерапии существенно не отличается от таковой для других кардиохирургических больных.

Таким образом, первый опыт проведения психолого-психотерапевтической работы в кардиохирургической клинике показал, что знание психологических механизмов саногенеза и возможность оптимального влияния на них с помощью методов психотерапевтического

воздействия позволяют повышать эффективность лечебно-восстановительных мероприятий для больных с искусственными клапанами сердца.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

В.А.Скумин / Киев /

Проведен анализ данных клинико-психологического исследования в динамике 56 больных / 29 мужчин, 27 женщин/, оперированных по поводу ревматических пороков сердца с применением аппарата искусственного кровообращения. 41 из них был имплантирован митральный протез, 11 - аортальный, 4 - митральный и аортальный протезы одновременно.

В общей системе клинико-психологического обследования исследователи использовали специально разработанную методику, позволяющую определять "значимость" болезненных переживаний, и модификацию приема Т.Дембо, заключающуюся в применении дополнительной линии для самооценки деятельности сердца и введении количественного критерия.

Сопоставление полученных результатов позволило распределить больных на 3 группы. К 1-й отнесены 12 человек, оперированных с адекватной личностной реакцией на наличие искусственного клапана, у них отмечалась умеренная фиксация на болезненных ощущениях, адекватным было отношение к своему состоянию, функционированию протезов, они строили реальные, в общем, планы на будущее. Картина психических нарушений ограничивалась начальными формами соматогенных астенических синдромов и неврозических расстройств, наблюдаемых у 7 больных.

Во 2-ю группу включено 9 больных со сверхценным отношением к факту протезирования и работе шитых клапанов. Пациенты этой группы проявляли гипнозогностический тип отношения к заболеванию с недооценкой тяжести состояния, что проявлялось в соответствующих высказываниях и поведении. Фон настроения был обычно приподнятым с оттенком эйфории, прогнозы на будущее всегда оптимистичными, нередко нереальными. Самооценка по линиям