

ISSN 0204-3440

---

---

К ЗДОРОВЬЮ  
ЧЕРЕЗ КУЛЬТУРУ

18

Л.А.Бобина

## СИНДРОМ СКУМИНА КАК НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА

Важнейшая задача медицинской науки — создание наиболее эффективных способов лечения сердечнососудистых заболеваний как основной причины инвалидности и смертности населения. Широкое внедрение в клиническую практику современных методов кардиохирургии открыло возможность для продления жизни и восстановления трудоспособности миллионов людей, считавшихся прежде неизлечимыми. После операции и физической реабилитации их работоспособность значительно возрастает, однако количество лиц, вернувшихся к труду, по статистике даже уменьшается [1, 2, 3]. Существенная диспропорция между потенциальными и фактическими возможностями социальной реадаптации обусловлена психическими расстройствами. Их коррекция требует компетентного внимания [2, 5, 8].

Наиболее сложный и быстро растущий контингент — пациенты с протезами кардиальных клапанов. Данная задача приобретает особую значимость в связи с ростом потребности к проблеме полной замены сердца искусственным протезом [13, 14, 18].

*Синдром Скумина* — специфический симптомокомплекс нарушений психической деятельности, развивающийся у четверти пациентов после протезирования клапанного аппарата сердца и проявляющийся навязчивыми сомнениями в надёжности имплантантов, неоправданным страхом

их поломки, устойчивым негативным отношением к физическим и психоэмоциональным нагрузкам, специфическим расстройством сна, чувством тревоги, растерянности, депрессивным фоном настроения.

Описал этот симптомокомплекс в 1978 году выдающийся русский учёный Виктор Андреевич Скумин под названием кардиопротезного психопатологического синдрома [2, 4–18]. В.А.Скумин на основании исследований, проведённых им в Институте Н.М.Амосова, впервые изучил этиологию, патогенез, клиническую картину этого недуга, разработал методы его диагностики, лечения, профилактики, эффективную систему реабилитационных мероприятий, программу привития основ культуры здоровья данному контингенту населения.

### *Этиология и патогенез*

Этиопатогенетическими механизмами, которые обуславливают возникновение и развитие синдрома Скумина, являются три основных фактора:

1. Функционирование иностранных тел в сердце, сопровождаемое акустическими явлениями, из-за чего возникает неестественная обратная связь (сердце – ЦНС), обеспечиваемая слуховым анализатором, ощущением вибрации протеза.

2. Хирургическая травматизация нервно-мышечного аппарата сердца, его сосудистой системы, нарушение естественных церебро-кардиальных связей.

3. Специфические особенности психического и соматического состояния людей, страдающих приобретёнными пороками сердца – патологически изменённая «почва».

Способствуют развитию симптомокомплекса психотравмирующий характер кардиохирургической ситуации в предоперационный период и состояние «психологической дестабилизации» после имплантации.

Кардиохирургической ситуацией В.А.Скумин назвал положение, в котором пациент безотлагательно должен сделать решающий выбор — согласиться на операцию, открывающую перспективу восстановления здоровья, но одновременно представляющую непосредственную угрозу для жизни, или отказаться, сознавая, что болезнь неизбежно будет прогрессировать, а кардиохирургическая коррекция может в будущем стать невозможной из-за необратимости нарушений.

«Психологическая дестабилизация», по В.А.Скумину, возникает вследствие ослабления психологической установки борьбы за жизнь, доминировавшей в дооперационный и ближайший послеоперационный период. Несмотря на положительную динамику соматического статуса, пациенты заявляют об ухудшении самочувствия, высказывают сомнения в успешности операции. Это способствует возникновению и фиксации внимания на соматических ощущениях, работе имплантантов.

После многоклапанного протезирования синдром Скумина возникает чаще — в 2,6 раза, чем при имплантации митрального клапана, и в 5,7 раза, чем при имплантации аортального. Если меняется один клапан, то при аортальном протезировании синдром развивается в 2,2 раза реже, чем при митральном.

На формирование синдрома влияет также характер пограничных психических расстройств, имеющихся у 81,9% больных, поступивших на операцию протезирования кардиальных клапанов.

## *Клиническая картина*

Синдром Скумина имеет характерную клиническую картину. Мысление, поведение оперированных специфически изменяются. Внимание сосредотачивается на работе протеза. Возникают необычные ощущения со стороны сердца, навязчивые опасения по поводу возможной поломки искусственных клапанов, их отрыва от мышцы сердца. Появляются угнетённое настроение, чувство особой тревоги, тоски, безысходности — как жить с «железкой» в сердце, с протезом в «моторе жизни». Возможны суицидальные тенденции.

Пациенты склонны оберегать себя от малейшего физического и психоэмоционального напряжения, вводя неадекватные режимные самоограничения. Они избегают прогулок пешком, занятий лечебной физкультурой, иных адекватных нагрузок, полагая, что смогут таким образом предупредить преждевременный износ имплантанта.

Специфичны расстройства сна, наблюдающиеся в 79,6% случаев. Ночью из-за стука искусственных клапанов они не в состоянии заснуть, часами прислушиваются к работе сердца, подсчитывают число экстрасистол, отмечают малейшие изменения ритма и мелодии имплантатов. Днём же в, казалось бы, неблагоприятной шумной обстановке могут крепко спать.

В неврологическом статусе характерны вегетативные нарушения — болезненность в зонах солнечного сплетения и сонной артерии, извращение рефлекса Даьини-Ашнера, артериальная гипотензия.

Для иллюстрации различных вариантов формирования и особенностей клинической картины данной

нозологической формы приводим краткие выписки из историй болезни.

Больному Д., 38 лет, выполнена имплантация протеза аортального клапана. Ближайший послеоперационный период протекал обычно. После операции восстановился синусовый ритм сердечной деятельности с единичными экстракомпенсаторами. Мелодию протеза ощущал на 6-й день. Первичная психологическая реакция была адекватной. В психическом статусе отмечались признаки астенического состояния. По характеру впечатлительный, беспокойный, эмоционально лабильный. Следуя совету своего родственника-врача, стал регулярно следить за пульсом, записывая данные в специальный дневник. Постепенно наметился сдвиг в поведении – начал тщательно следить за деятельностью сердца, прислушиваться к работе протеза, отмечая малейшие изменения в характере и ритме его мелодии, подсчитывал и регистрировал число экстракомпенсаторов. Расспрашивал персонал и соседей по палате о том, на какой срок рассчитан протез, из чего он изготовлен, не проржавеет ли металл, не треснет ли пластмасса и т.п. Нарушился сон в связи с тем, что не мог отвлечься от подсчёта числа ударов сердца. Возник страх поломки клапана. При обследовании через 2 года 3 мес. после операции в структуре синдрома Скумина преобладал депрессивно-фобический радикал.

В данном случае провоцирующую роль в возникновении синдрома сыграло ятрогенное воздействие, которое на фоне астенического состояния, несмотря на адекватную первичную реакцию на факт протезирования, изменило благоприятный характер церебро-кардиальных отношений и привело к формированию их по

неадекватному (психопатологическому типу), что и предопределило последующее развитие синдрома Скумина.

*Больной В., 24 лет, выполнена операция протезирования митрального и аннулопликации трикуспидального клапанов. Хирургическое вмешательство в ближайший послеоперационный период перенесла удовлетворительно. Из особенностей соматического статуса отметим наличие упорядоченной мерцательной аритмии.*

Точную дату, когда услышала стук протеза, назвать не смогла («недели через три после операции»). Никакого значения этому не придала: «Пусть себе стучит». Тип психологической реакции на протезирование был гипонозогностическим. Считала, что «сердце отремонтировано отлично». С нетерпением ожидала проведения ЭИТ (электроимпульсной терапии): «Хочу уехать домой совершенно здоровой – пусть все видят, какой я стала».

*Изменение в психическом статусе наступило после бессуспешной ЭИТ. Вначале стала замкнутой, понизился фон настроения. Отмечала, что появилась «тяжесть на сердце как будто что-то переливается, скрипит». Начала прислушиваться к работе клапана, высказывать опасения, не повредился ли он, не прорезались ли швы. Сон стал беспокойным, часто просыпалась с ощущением тревоги, страха, после чего подолгу не могла заснуть из-за навязчивых мыслей. Опасалась, что сойдёт от всего этого с ума. Часто плакала, фон настроения – депрессивный, отмечались суицидальные высказывания.*

В описанном случае симптомокомплекс сформировался у пациентки с гипонозогностической личностной реакцией, которая носила гиперкомпенсаторный,

защитный характер. Перенесённая фрустрация привела к переоценке ценностей и нарушению психологической защиты с последующим развитием синдрома Скумина.

*Болной Л., 37 лет, было выполнено многооклапанное протезирование с аннулоплакацией трёхстворчатого клапана по поводу сочетанного митрально-аортально-трикуспидального порока с преобладанием недостаточности 4-й стадии. Психопатологический диагноз: астеноипохондрический невроз.*

После хирургического вмешательства по собственной инициативе рассказала о своих ощущениях, связанных с работой имплантатов. Их стук услышала сразу же, как только пришла в себя после операции. Восприняла его как очень громкий, неприятный, отдельно слышала работу каждого протеза. Мелодию их воспринимала по-разному: «словно молоток по наковальне бьёт», «хрустит как снег». Жаловалась, что клапаны «царапают сердце и аорту», ощущала «холод металла». Клапаны воспринимала как чужеродные, высказывала опасения, что они не приживутся, отторгнутся. При обследовании через 2,5 мес. после операции психическое состояние оставалось нарушенным. Несмотря на улучшение соматического статуса, фон настроения был тревожно-пессимистическим, будущее рисовалось в мрачном свете. Заявляла: «Что хорошего можно ждать от железки в сердце, как я буду жить с протезом в моторе жизни». Сон был беспокойным с частями кошмарными сновидениями.

В данном случае на фоне исходного астеноипохондрического состояния развилась неадекватная (психопатологическая) реакция на факт протезирования клапанного аппарата сердца. В дальнейшем произошла фокусировка сенестопатически-ипохондрических проявлений

на деятельности имплантантов с присоединением агротических, кардиофобических, анксиозно-депрессивных симптомов. В результате сформировался кардиопротезный психопатологический синдром.

Таким образом, синдром Скумина имеет достаточно чёткую клиническую картину и типичную динамику (фазность). Отмечается характерная смена основного психопатологического радикала. Вначале преобладает сенестопатически-ипохондрические, затем обсессивно-фобические нарушения, и впоследствии возникает стойкое анксиозно-депрессивное состояние.

### *Лечение и профилактика*

Терапия данной нозологической формы психопатологических расстройств осуществляется в комплексе с другими лечебно-восстановительными мероприятиями, проводимыми по поводу основного заболевания. Структура психотерапевтической помощи, по В.А.Скумину, включает четыре этапа: подготовительный, седативно-мобилизующий, активной психосоциальной реадаптации и поддерживающе-корrigирующий.

*Подготовительный этап* соответствует предоперационному периоду и длится 6–12 дней. Его задачи: 1) изучение психического состояния, 2) установление психотерапевтического контакта, 3) психологическая подготовка к протезированию клапанного аппарата сердца.

Для предупреждения возникновения синдрома Скумина проводятся сеансы рациональной и суггестивной психотерапии наяву и в состоянии гипноза. Пациенты информируются об особенностях функционирования

сердца после операции, психологически адаптируются к появлению новых необычных ощущений. Им внушается уверенность в надёжной работе сердца после протезирования клапанов.

С больными проводят беседы хирурги, анестезиологи, кардиологи, в которых в доступной форме подаётся психотерапевтически опосредованная и психопрофилактически направленная информация о целях и возможностях хирургического вмешательства, безвредности современных способов наркоза, особенностях послеоперационного состояния и задачах реабилитации, о возможностях и преимуществах возвращения к труду. Демонстрируется наиболее совершенная и эстетичная модель имплантанта, подаётся информация о его надёжности. Для этой же цели оформляются в отделениях стенды, на которых с помощью рисунков, фотографий с лаконичными надписями рассказывается об основных способах лечения и реабилитации, о примерах высокой эффективности применяемых методов.

*Седативно-мобилизующий этап* длится 2–4 недели, начинаясь в реанимационном блоке и продолжаясь в хирургическом отделении. Задачи этапа: 1) успокоение оперированных, 2) формирование адекватного отношения к послеоперационному состоянию, 3) выработка активных личностных позиций.

Из методов психотерапии эффективен психотренинг по Скумину, включающий пять упражнений. 1. «Релаксация» — последовательное расслабление мышц ног, рук, туловища, шеи, головы. Особое внимание уделяется релаксации кистей, спины, лица, избыточное напряжение которых наиболее выражено у данного контин-

гента. 2. «Тепло» — вызывается в ногах, руках, солнечном сплетении, шее, голове. Пациенты с синдромом Скумина страдают от зябкости, холода в периферических участках. Устранение неприятных ощущений помимо непосредственного позитивного эффекта, способствует активации личности в борьбе с болезнью. 3. «Парение, невесомость» — используются формулы, вызывающие ощущения парения, невесомости, «растворения» тела. После овладения этим упражнением уменьшаются боли, разбитость, тяжесть, характерные для таких больных, улучшается их самочувствие, настроение. 4. «Целевое самовнушение» — формулы его определяются конкретными лечебными задачами. Они направлены на выработку адекватного отношения к работе имплантантов, нормализацию сна, коррекцию характерологических отклонений, преодоление страхов, тревожности, мобилизацию личностных ресурсов. 5. «Активация» — проводится с помощью формул и представлений, способствующих выходу из состояния погружения. Подчёркивается, что организм зарядился энергией, силой и это способствует восстановлению здоровья, дальнейшему улучшению состояния.

*Этап активной психосоциальной реадаптации* длится 6–8 недель. Начинается в клинике сердечной хирургии и продолжается в санатории. Задачи этапа: 1) комплексная терапия психопатологических проявлений, 2) коррекция рентных личностных позиций, 3) формирование и укрепление адекватных психологических установок.

Для решения задач применяются такие методы психотерапии как рациональная, убеждающая, стимули-

рующая, ландшафтотерапия, либропсихотерапия, недирективная, гипносуггестивная, моральная ортопедия артепсихотерапия, и др. Психосоциальной адаптации способствуют групповые занятия, тематика которых наиболее актуальна для пациентов: «Сердце человека в свете Учения Скумина о Культуре Здоровья», «Здоровый образ жизни после протезирования клапанов сердца», «Духовное здоровье и сердце», «Психологические механизмы выздоровления», «Азбука психологической закалки: психотренинг по Скумину», «Физическая активность и сердце», «Основы рационального питания лиц с протезами клапанов сердца», «Трудовая активность – залог активного долголетия» и др.

В проведении бесед помимо психотерапевта принимают участие врачи других специальностей – хирурги, терапевты, диетологи, физиотерапевты, специалисты культуры здоровья, АФК. С целью формирования у пациентов оптимистического отношения к будущему практикуется такой организационный приём, как приглашение к обсуждению отдельных тем оперированных с хорошими результатами реабилитации. Они служат для остальных больных наглядным примером успешного восстановительного лечения.

Активной ресоциализации больных с синдромом Скумина способствует регулярная трудотерапия под руководством инструктора – уход за фруктовым садом и цветниками санатория и т.п. Подчёркивается значение физических нагрузок как фактора тренировки сердца и стабилизации психического состояния. Культурно-массовые мероприятия также опосредуются психотерапевтически.

*Поддерживающе-корригирующий этап* начинается за 5–10 дней до выписки из санатория, впоследствии осуществляется в процессе амбулаторного наблюдения, при повторных поступлениях в стационар и путём переписки. Задачи этапа: 1) поддержание достигнутого уровня психосоциальной адаптации, 2) осуществление психокорригирующих мероприятий, 3) психопрофилактика, психогигиена.

Последние дни пребывания в стационаре имеют особое психологическое значение для пациентов. Привыкнув находиться под врачебным наблюдением, они опасаются выписки. Больные с рентными личностными установками настаивают на продлении срока пребывания в санатории или на переводе в клинику. В таких случаях проводятся индивидуальные психотерапевтические беседы, разъясняется необоснованность «предотъездного беспокойства», укрепляется вера в собственные силы. Подчёркивается, что пациент может вести с врачом переписку, которая впоследствии используется как элемент психотерапевтического сопровождения. Во всех случаях разъясняется необходимость тщательного выполнения назначенных режима, лечебно-тренировочных мероприятий.

Ведущая роль психотерапии в лечении синдрома Скумина не исключает применения психофармакологических препаратов, хотя следует помнить о кардиотоксическом действии некоторых из них. Хорошо зарекомендовала себя микстура Скумина, включающая настой травы горицвета 10,0–250,0; экстракт боярышника, настойки валерианы и пустырника по 5,0; настойки эвкалипта и мяты перечной по 2,0; сироп пло-

дов шиповника 30,0. Клинические наблюдения показали, что применение её по 10–15 мл 3–4 раза в сутки за 15–20 мин. до еды на протяжении 1–2 мес. способствует улучшению сна, нормализации настроения, нивелированию проявлений синдрома. Этую пропись назначают при нерезко выраженных нарушениях, а также в качестве средства поддерживающей терапии после отмены фармакологических препаратов.

В целом, применение указанной системы профилактики и терапии обеспечивает, по данным Института Н.М.Амосова, эффективную профилактику и своевременную коррекцию психических нарушений. В группе, в которой применялись описанные мероприятия, синдром Скумина через 2–3 мес. после операции регистрировался в 11,4% случаев и у 9,6% спустя 1–1,5 г. В группе, где осуществлялось лечение только соматического заболевания, соответственно у 24,7% и 26,1% обследованных. При этом психические нарушения были более выраженным и стойкими, а уровень социально-трудовой адаптации оказался на 27,6% ниже, чем в первой группе.

Резюмируя вышесказанное, подчеркнём, что синдром Скумина, как особая нозологическая форма, имеет свойственные только ему этиологию, патогенез, характерную клиническую картину, требует специфического подхода к лечению и предупреждению. Своевременные диагностика, терапия и профилактика позволяют улучшить состояние здоровья этой категории граждан, повысить качество их жизни, эффективность реабилитации и социально-трудовой адаптации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии. — Киев: Здоровье, 1983. — 296 с.
2. Бендет Я.А., Морозов С.М., Скумин В.А. Психологические аспекты реабилитации больных после хирургического лечения пороков сердца. — Кардиология, 1980, №6, с. 45—50.
3. Кассирский Г.И., Гладкова М.А. Медицинская реабилитация в кардиохирургии. — М.: Медицина, 1980. — 168 с.
4. Скумин В.А. К проблеме психологической реабилитации больных с искусственными клапанами сердца. — В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца. — Киев: Здоровье, 1978, с. 38—41.
5. Скумин В.А. Некоторые особенности нервно-психической сферы у больных с протезами клапанов сердца. — Там же, с. 41—43.
6. Скумин В.А. Значение и особенности психотерапевтической тактики в предоперационной подготовке больных к протезированию клапанов сердца. — В кн.: Материалы конференции по неврозам. — Кострома, 1978, с. 54—55.
7. Скумин В.А. Организационная структура психотерапевтической помощи в хирургии приобретённых пороков сердца в аспекте задач реабилитации. — В кн.: Шестой съезд невропатологов и психиатров УССР. — Харьков, 1978, с. 54—55.
8. Скумин В.А. Состояние интеллектуально-мнестических функций у больных с приобретёнными пороками сердца до и после операции. — В кн.: Первый съезд кардиологов УССР. — Киев, 1978, с. 288.
9. Скумин В.А. Роль медицинской сестры в медико-психологической реабилитации больных с искусствен-

ными клапанами сердца. — Медицинская сестра, 1979, №9, с. 44—45.

10. Скумин В.А. О социально-трудовой и психической адаптации больных с ревматическими пороками сердца, перенёсших кардиохирургическую операцию. — В кн.: Процессы адаптации и компенсации в кардиологии. — Львов, 1979, с. 75—77.

11. Скумин В.А. Вегетативные нарушения в структуре кардиопротезного психопатологического синдрома. — В кн.: Центральная регуляция вегетативных функций. — Тбилиси, 1980, с. 41—42.

12. Скумин В.А. Психологические аспекты реабилитации больных, оперированных по поводу приобретённых пороков сердца. — В кн.: Реабилитация при ИБС и пороках сердца. — Горький, 1980, с. 136—138.

13. Скумин В.А. Психотерапия и психопрофилактика в системе реабилитации больных с протезами клапанов сердца. Методические рекомендации МЗ УССР. — Киев, 1980. — 16 с.

14. Скумин В.А. Психическое и соматическое в структуре кардиопротезного психопатологического синдрома. — В кн.: Клиника, диагностика, лечение нейрогенных соматических заболеваний. — Пермь, 1981, с. 194—195.

15. Скумин В.А. Искусство психотренинга и здоровье. — Харьков, 1993. — 32 с.

16. Скумин В.А., Бобина Л.А. Пропедевтика культуры здоровья. — Новочебоксарск, 1994. — 192 с.

17. Скумин В.А. Культура здоровья. Избранные лекции. — Чебоксары, 2002. — 264 с.

18. Филатов А.Т., Скумин В.А. Психопрофилактика и психотерапия в кардиохирургии. — Киев: Здоровье, 1985. — 72 с. (Б-ка практ. врача).