

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
Украинский институт усовершенствования врачей

На правах рукописи

Скумин Виктор Андреевич

**ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА
В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА**

14.00.18 — Психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Харьков—1980

Работа выполнена в клинике сердечной хирургии (зав. — скад. АН УССР **Амосов И. М.**) Киевского ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института туберкулеза и грудной хирургии им. акад. Ф. Г. Яновского (директор — д. м. н. **Молотков В. Н.**) и на кафедре психотерапии (зав. — проф. **Филатов А. Т.**) Украинского института усовершенствования врачей (ректор — проф. **Хвисюк Н. И.**).

Научные руководители:

1. Доктор медицинских наук, профессор **Филатов А. Т.**

2. Доктор медицинских наук **Бендер Я. А.**

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук, профессор **Стрельцова Н. И.**

2. Доктор медицинских наук **Зайцев В. П.**

Ведущее учреждение:

Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей.

Защита диссертации состоится « » 1981 года
в час. на заседании Специализированного Совета К074.25.02 Украинского института усовершенствования врачей (310002, г. Харьков, ул. Артема, 8).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Украинского института усовершенствования врачей (г. Харьков, ул. Артема, 8).

Автореферат разослан « » декабря 1980 года.

. Ученый секретарь Специализированного Совета
Украинского института усовершенствования врачей
канд. мед. наук **Комлик Р. К.**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Поиск и разработка наиболее эффективных способов лечения и реабилитации кардиологических больных являются важнейшей задачей современной медицины. В настоящее время все более широкое распространение получают методы радикальной коррекции сердечно-сосудистых нарушений и в особенности протезирование клапанного аппарата сердца. Изучение отдаленных результатов показало, что имплантация искусственных клапанов и последующая физическая реабилитация оперированных хотя и способствуют значительному улучшению функционального состояния организма, все же не являются достаточными для восстановления адекватного личностного, семейного и социально-трудового статуса (Е. И. Чазов, 1975; Г. И. Кассирский, 1978; Н. М. Амосов и соавт., 1980; , 1968; и соавт., 1976).

Среди причин значительной диспропорции между потенциальными возможностями и фактическими результатами реабилитации ведущее место отводится нарушениям психической деятельности. Ставится вопрос о необходимости детального изучения проявлений психосоциальной дезадаптации и разработки действенных способов ее коррекции. В этом плане существенные возможности заключаются в применении методов психотерапевтического воздействия (В. М. Банциков и соавт., 1962; В. В. Ковалев, 1974; Л. О. Бадалян, 1975; Г. В. Грромова и соавт., 1979; 1970; и соавт., 1975).

Тем не менее, особенности психического статуса пациентов с протезами клапанов сердца — этого наиболее сложного и быстро растущего контингента кардиохирургических больных — до последнего времени остались недостаточно изученными. Не исследованы в полной мере возможности различных способов психотерапевтического воздействия в качестве важных звеньев реабилитационных программ. Не разработаны психотерапевтические и психопрофилактические приемы для больных с искусственными сердечными клапанами, которые бы учитывали специфические особенности их психического и соматического состояния.

Выбранная тема приобретает еще большую актуальность в связи с возрастанием научного интереса к проблеме замены не только пораженных клапанов, но и всего сердца искусственным протезом (Б. В. Петровский и соавт., 1966; В. И. Шумakov, 1975; и соавт., 1969; , 1971).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

На основе изучения психического статуса больных до и после протезирования клапанов сердца разработать психотерапевтические и психо-профилактические мероприятия, способствующие коррекции и предупреждению психопатологических изменений, оптимизации реабилитационных программ и достижению адекватного функциональным возможностям организма уровня психосоциальной адаптации.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить особенности психического состояния у больных, готовящихся к протезированию сердечных клапанов, и его динамику в различные сроки после кардиохирургического вмешательства.
2. Исследовать характер влияния на психические функции специфических факторов, связанных с имплантацией искусственных клапанов сердца.
3. На основе полученных данных разработать методику и конкретные приемы психотерапии и психопрофилактики. Определить непосредственные и отдаленные результаты их применения в системе реабилитации больных с протезами сердечных клапанов.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Установлены особенности психического состояния больных до и после протезирования клапанов сердца, исследованы распространенность, характер и течение психопатологических изменений.

Изучены факторы, оказывающие негативное влияние на психику больных при имплантации сердечных клапанов. Определены варианты личностных реакций на кардиохирургическую ситуацию и наличие в сердце функционирующего протеза.

Описан «кардиопротезный психопатологический синдром» — особый симптомокомплекс психических нарушений у больных с искусственными клапанами сердца. Раскрыты механизмы его формирования, изучена клиническая картина, предложены способы лечения и профилактики.

Выявлено возникновение у пациентов в постоперационном периоде специфического состояния «психологической дестабилизации», исследованы ее проявления. Найдена причина ухудшения интеллектуально-мнестических функций у лиц, перенесших операцию протезирования сердечных клапанов. Показано, что кардиохирургические больные отличаются повышенной внушаемостью.

Созданы новые методики и модификации психотерапевтического воздействия, а также клинико-психологического исследования кардиохирургических больных. Предложен специальный вариант «авторенинга», учиты-

вающий особенности психического и соматического состояния пациентов с протезами клапанного аппарата сердца.

Разработана четырехэтапная система психотерапевтических и психо-профилактических мероприятий для реабилитации больных с искусственными сердечными клапанами. Обоснованы цели, задачи и ведущие методы каждого этапа. Доказано положительное влияние этих мероприятий на основные показатели личностной, семейной и социально-трудовой адаптации оперированных.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Обоснована возможность существенного повышения эффективности лечебно-восстановительных программ для больных с протезами сердечных клапанов путем применения целенаправленных психотерапевтических мероприятий.

Разработанные методы психотерапии и психопрофилактики, а также клинико-психологического исследования учитывают особенности психического и соматического состояния больных с имплантированными клапанами сердца и специфику работы в условиях кардиохирургического стационара. Они позволяют успешно решать вопросы диагностики, коррекции и предупреждения психических нарушений у пациентов с протезами сердечных клапанов. Применительно к особенностям деятельности клиник сердечной хирургии предложены приемы подготовки их сотрудников в области «малой» психотерапии.

Проведенными исследованиями показана целесообразность разработки дифференцированных методик экстракорпорального кровообращения для больных различных возрастных групп и совершенствования конструкции искусственных клапанов сердца в направлении создания бесшумно действующих моделей.

В организационном плане исследования дают основание для постановки вопроса о необходимости введения в структуру кардиохирургических центров и специализированных санаториев кабинетов психотерапии.

Рациональное использование совокупности предложенных психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий, отдельных диагностических и лечебно-профилактических методов в учреждениях практического здравоохранения позволит повысить эффективность реабилитационных программ для больных с искусственными клапанами сердца.

РЕАЛИЗАЦИЯ РАБОТЫ

По материалам диссертации изданы методические рекомендации «Психотерапия и психопрофилактика в системе реабилитации больных с протезами клапанов сердца» (Киев; 1980), утвержденные Министерством здравоохранения УССР. Предложенные и апробированные методики используются по показаниям в клинике сердечной хирургии Киевского НИИ туберкулеза и грудной хирургии им. акад. Ф. Г. Яновского, в Республиканском клиническом санатории «Ирпень», в Крымской областной специализированной больнице восстановительного лечения и в 5 санаториях ВЦСПС.

По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, внедрены в практику 12 рационализаторских предложений. Содержащиеся в диссертации положения по методикам обследования, психотерапии и психопрофилактики используются в учебных курсах кафедры психотерапии Украинского института усовершенствования врачей.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Материалы диссертации доложены и обсуждены на ряде съездов и конференций:

- 1) VI съезде невропатологов и психиатров Украинской ССР (Харьков, 1978),
- 2) I съезде кардиологов Украинской ССР (Киев, 1978),
- 3) Межобластной научно-практической конференции по неврозам и неврозоподобным состояниям (Кострома, 1978),
- 4) Научной конференции по совершенствованию хирургического лечения пороков сердца (Киев, 1978),
- 5) Пленуме Правления Украинского научного кардиологического общества по проблемам адаптации и компенсации в кардиологии (Львов, 1979),
- 6) IV научной конференции Тбилисского института усовершенствования врачей по проблеме центральной регуляции вегетативных функций (Тбилиси, 1980),
- 7) Всероссийской научной конференции по реабилитации больных с приобретенными пороками сердца и ИБС (Горький, 1980).

Диссертация апробирована на совместном заседании кафедр психиатрии, психотерапии, невропатологии и хирургии Украинского института усовершенствования врачей и на заседании Ученого Совета Киевского НИИ туберкулеза и грудной хирургии им. акад. Ф. Г. Яновского.

СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и приложений. Она изложена на 195 страницах машинописного текста, иллюстрированного 24 таблицами, 10 рисунками и графиками. Список литературы содержит 249 наименований работ отечественных и 128 — иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изложенные в диссертации данные основаны на результатах исследования 394 больных в возрасте от 15 до 58 лет, осуществленного в динамике — до и в различные сроки после кардиохирургического вмешательства. У всех пациентов был диагностирован приобретенный порок сердца IV стадии с выраженным признаками нарушения кровообращения. Протезирование сердечных клапанов выполнено 309 больным — 167 из них применялись методы психотерапии и психопрофилактики (основная групп-

па), а наблюдение за 142 оперированными послужило в качестве контроля. Кроме того, с целью сравнительного анализа потребовалось исследование некоторых психических функций у пациентов, перенесших митральную комиссуротомию (85 чел.). Состав больных по полу и возрасту представлен в табл. 1.

Таблица 1
Состав больных по полу и возрасту

Группы больных	Пол	Возраст в годах			Итого
		до 30	31—44	45 и старше	
Основная группа больных с протезами клапанов сердца	м	27	36	9	72
	ж	42	41	12	95
Контрольная группа больных с протезами клапанов сердца	м	30	32	7	69
	ж	26	31	16	73
Группа больных, перенесших комиссуротомию	м	7	18	8	33
	ж	11	28	13	52
Всего	—	143	186	65	394

Приведенные данные свидетельствуют о том, что большинство больных во всех группах были в возрасте от 31 до 44 лет.

Распределение пациентов по виду протезирования представлено в табл. 2.

Таблица 2
Распределение больных по виду протезирования

Вид протезирования	Группа наблюдения				Критерий Стьюдента	
	Основная		контрольная			
	абс.	%	абс.	%		
Митральное	89	53,3	73	51,4	0,25	
Аортальное	46	27,5	43	30,3	0,44	
Многоклапанное	32	19,2	26	18,3	0,16	
Всего	167	100,0	142	100,0	—	

Из таблицы следует, что различия в основной и контрольной группах по виду протезирования не существенны ($p>0,1$).

Основным методом исследования психики был клинический. В качестве дополнительных при необходимости использовались шкала В.П.Зайцева, тесты А. Р. Лурия, А. А. Мартыненко; Векслера, Дембо, Джекобса, спросник MMPI. Некоторые из них модифицированы применительно к задачам настоящей работы. С целью выбора адекватной психотерапевтической тактики в отношении больных с протезами клапанов сердца применялись собственные методики — для изучения внушаемости и для изучения эффективности сеансов психотерапии.

Методика для изучения внушаемости включает пробы В. Е. Рожнова, П. И. Буля, А. Т. Филатова, предложенный нами прием «парящие руки» и др. Разработаны количественные критерии для каждого теста и система оценки по 5-балльной шкале: +3 — быстрая и полная реализация внушения, +2 — хороший эффект, +1 — слабый результат, 0 — отсутствие эффекта, -1 — реакция исследуемого противоположна внушаемой.

Путем деления суммы баллов на число использованных приемов вычисляется условный показатель внушаемости. На основании этого показателя определяется степень внушаемости: I (низкая) — от 0 до 0,75; II (средняя) — от 0,76 до 1,5; III (высокая) — от 1,51 до 2,25; IV (очень высокая) — от 2,26 до 3,0 баллов.

Методика для изучения эффективности сеансов психотерапии. В основу методики положено исследование личностных реакций пациентов на психотерапевтическое воздействие в соответствии со следующими стандартными критериями: очень хорошее, целительное воздействие (+2); полезный, положительный эффект (+1); неопределенная, нейтральная реакция (0); неприятное, негативное воздействие (-1), реакция протеста, отказ от выполнения упражнения или участия в сеансе (-2).

Групповая оценка вычисляется путем деления общей суммы баллов на число пациентов в группе. Эффект психотерапевтического воздействия определяется по следующей шкале: от 0,67 до 2,0 — хороший, от 0,66 до -0,66 — неопределенный; от -0,67 до -2,0 — нежелательный.

В тех случаях, когда изучается эффективность сеансов психической саморегуляции, предварительно определяется индивидуальная оценка занятия, равная сумме оценок каждого из упражнений, деленной на количество упражнений, использованных в процессе сеанса.

Основными методами психотерапевтического воздействия были аутотренинг, рациональная психотерапия, гипносуггестия, «малая» психотерапия. В необходимых случаях применялись психофармакологические средства (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, чоотропные).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ

В результате обследования 309 пациентов, готовящихся к операции протезирования клапанов сердца, обнаружено, что у 81,9% из них имелись пограничные психические нарушения. Астенический синдром был ведущим у 50,5%, 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 наблюдалось сочетание симптомокомплексов: астено-фобический, астено-депрессивный и т. п. Нарушений не отмечено у 18,1% больных.

Положение, в которое попадают больные, госпитализированные в клинику сердечной хирургии обычно после длительной консервативной терапии (так называемая кардиохирургическая ситуация), отличается характерными особенностями. Пациентам предлагается наиболее сложное хирургическое вмешательство на сердце — органе, имеющем особое психологическое значение. В представлении человека сердце — это не просто насос, перекачивающий кровь, а, как образно говорил И. П. Павлов, «чуткий орган чувств», в руках которого находится судьба жизни.

Кардиохирургическая ситуация определена нами как положение, в котором больной безотлагательно должен сделать решающий выбор — согласиться на операцию, открывающую перспективу восстановления здоровья, но одновременно представляющую непосредственную угрозу для жизни, или отказаться от нее, сознавая, что болезнь неизбежно будет прогрессировать, а операция может оказаться в будущем невозможной.

В целом, кардиохирургическая ситуация, являясь по своему характеру экстремальной, психотравмирующей, отрицательно влияет на психику пациентов в предоперационном периоде.

В психическом состоянии больных после операции отмечены существенные изменения, обусловленные, в частности, спецификой проведения кардиохирургического вмешательства и особенностями функционирования в организме имплантированных протезов.

Нами выявлены следующие типы личностных реакций на имплантацию искусственных клапанов сердца:

1. Адекватная. Наблюдалась у 71,2% оперированных. В основном они правильно оценивали свое состояние, разумно относились к появлению новых ощущений со стороны сердца, выполняли предписания врачей.

2. Неадекватные. Развивались у 28,8% больных и имели такие разновидности: а) психопатологические (22,5%) — формировались по типу ипохондрической, фобической, депрессивной реакций; б) гипонозогностическая (6,3%) — характеризовалась приуменьшением тяжести состояния, переоценкой своих физических возможностей, нарушениями установленного режима.

После имплантации искусственных клапанов сердца, в основном при наличии психопатологического типа личностных реакций, у больных может возникать особый симптомокомплекс психических нарушений, описанный нами под названием **«кардиопротезного психопатологического синдрома»**.

Этиопатогенетическими механизмами, обуславливающими его возникновение, являются:

1) Наличие функционирующего инородного тела (протеза) в сердце, работа которого сопровождается характерными звуковыми явлениями. В

результате возникает неестественная обратная связь: сердце — ЦНС, обеспечиваемая слуховым анализатором и ощущением вибрации протеза.

2) Хирургическая травматизация нервно-мышечного аппарата сердца, крупных сосудов, нарушение церебро-кардиальных связей.

3) Особенности психического и соматического состояния больных с тяжелыми приобретенными пороками сердца (патологически измененная почва).

Характерно, что после многоклапанного протезирования синдром возникал в 2,6 раза чаще, чем при имплантации митрального клапана ($p < 0,05$) и в 5,7 раза — аортального ($p < 0,02$). У пациентов с митральными протезами он встречался в 2,2 раза чаще, чем при аортальном протезировании ($p < 0,1$).

Такая закономерность может быть объяснена следующими факторами:

1) различиями в характере мелодии, сопровождающей работу митрального и аортального протезов, большей интенсивностью и необычностью звуковых явлений при многоклапанном протезировании;

2) наличием у всех больных после многоклапанного или митрального протезирования стойких нарушений ритма сердечной деятельности, чего не наблюдается у пациентов с аортальными протезами;

3) значительно меньшей хирургической травматизацией нервно-мышечного аппарата сердца при имплантации аортального клапана, чем при других видах протезирования.

Кардиопротезный психопатологический синдром имеет характерную клиническую картину. Мысление, поведение больных специфически изменяются. Внимание сосредотачивается на работе протеза. Возникают необычные ощущения со стороны сердца, навязчивые спасения возможной поломки клапана, раскальвания шарика, отрыва протеза. Появляются чувство характерной тревоги, тоски, своеобразной растерянности (как жить с «железкой в сердце», с протезом в «моторе жизни»), угнетенное настроение. Возможны суицидальные тенденции.

Больные склонны оберегать себя от малейшего физического и психоэмоционального напряжения, вводят неадекватные режимные самоограничения. Они избегают занятий лечебной физкультурой, дозированного терренкура и т. п., полагая, что таким образом предупредят преждевременный износ искусственных клапанов.

Специфичны также расстройства сна, наблюдавшиеся у 79,6% больных. Ночью из-за стука протеза они не могут заснуть, часами прислушиваются к работе сердца, подсчитывают число экстрасистол, отмечают малейшие изменения ритма и мелодии имплантированного протеза. Днем же в казалось бы неблагоприятной для сна шумной обстановке могут крепко спать.

При кардиопротезном психопатологическом синдроме нередко наблюдаются вегетативные нарушения, проявляющиеся болезненностью в области солнечного сплетения, зоне сонной артерии, извращением рефлекса Даньни-Ашиера, артериальной гиптонией и пр.

Через 1—1,5 г. после кардиохирургического вмешательства описанный симптомокомплекс отмечался в контрольной группе у 26,1% больных.

Послеоперационная реабилитация больных затруднялась также возникновением у них «психологической дестабилизации». Развивалась она со 2—3 нед. после кардиохирургического вмешательства и наблюдалась у 47,5% больных контрольной группы. Проявлялось это состояние тем, что по мере улучшения соматического статуса у пациентов ослабевала психологическая установка борьбы за жизнь, доминировавшая в до- и ближайшем послеоперационном периодах. Наблюдались истощение психической активности больных в этом плане, возникновение чувства расстерянности, нарушение психологической защиты. Ближайшие планы и надежды (успех операции, сохранение жизни) были реализованы, дальнейшие же задачи не определены с достаточной четкостью, перспективы не ясны. Несмотря на положительную динамику соматического статуса, возрастили число и интенсивность жалоб на состояние здоровья. Формально пациенты соглашались с тем, что их объективное состояние улучшилось, но тут же заявляли об ухудшении самочувствия по сравнению с дооперационным периодом, высказывали сомнения в успешности хирургического вмешательства. Все это способствовало возникновению и закреплению фиксации внимания на соматических ощущениях, в том числе на работе имплантированных протезов.

Протезирование сердечных клапанов осуществляется исключительно в условиях экстракорпорального кровообращения. Мы исследовали в динамике **интеллектуально-мнестические функции** у 106 больных, которым выполнялась имплантация клапанов сердца, и — для сравнения — у 85 лиц, перенесших митральную комиссуротомию без применения экстракорпорального кровообращения.

Необходимость такого изучения была обусловлена тем, что при обследовании через 1—1,5 г. после протезирования 29,2% оперированных отмечали ослабление памяти. До операции подобные жалобы предъявляли лишь 8,5%. Указанные нарушения выдвигались в качестве одной из причин, препятствующих возвращению к труду, что, учитывая общую реабилитационную направленность нашей работы, рассматривалось и в этом аспекте.

Результаты исследования с помощью психологических тестов показали, что более выраженные и стойкие нарушения характерны для больных старше 45 лет ($p < 0,01$). Связи между длительностью экстракорпорального кровообращения и глубиной нарушений не установлено ($p > 0,1$).

У больных, перенесших митральную комиссуротомию, при обследовании в те же сроки отрицательной динамики показателей психологических проб не отмечено. Следовательно, ухудшение в послеоперационном периоде интеллектуально-мнестических функций у больных с протезами клапанов сердца связано с применением экстракорпорального кровообращения.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у большинства больных с протезами клапанов сердца имеются нарушения психической деятельности. Они значительно затрудняют осуществление реабилитационных программ. Коррекция и предупреждение этих нарушений

требуют планомерного применения специальных психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий.

СТРУКТУРА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Разработанные психотерапевтические и психопрофилактические мероприятия осуществлялись поэтапно.

1-й этап — подготовительный. Соответствует предоперационному периоду лечения. Оптимальная продолжительность 6—12 дней. На этом этапе решались следующие задачи: 1) изучение психического состояния, 2) установление психотерапевтического контакта, 3) психологическая подготовка к имплантации искусственных клапанов.

Одним из наиболее существенных моментов на данном этапе являлось предупреждение возникновения кардиопротезного психопатологического синдрома. С этой целью проводились сеансы рациональной и суггестивной (наяву и в состоянии гипноза) психотерапии. Больным демонстрировалась наиболее совершенная модель искусственного клапана. Они информировались об особенностях функционирования сердца после операции, психологически адаптировались к появлению новых, необычных ощущений. Им внушалась уверенность в надежной работе сердца после протезирования клапанов.

Специально были разработаны примерные схемы бесед с больными для хирургов, кардиологов, анестезиологов. В них в доступной форме подавалась психотерапевтически опосредованная и психопрофилактически направленная информация о целях и возможностях хирургического лечения, безвредности современных способов наркоза, особенностях послеоперационного состояния и задачах реабилитации, о возможностях и преимуществах возвращения к труду.

Для этой же цели оформлялись в отделениях стенды, на которых с помощью рисунков, фотографий с лаконичными подписями рассказывалось об основных методах лечения и реабилитации (включая психотерапевтические), о примерах высокой эффективности проводимых в клинике восстановительных мероприятий.

2-й этап — седативно-мобилизирующий. Начинался после операции в реанимационном блоке, а затем продолжался в кардиохирургическом отделении. Длительность — 2—4 нед. Главные задачи этапа: 1) успокоение спиральных, 2) формирование адекватного отношения к послеоперационному состоянию, 3) выработка активных личностных позиций.

Наиболее действенным в первые дни после кардиохирургического вмешательства было директивное внушение наяву и в гипнотическом состоянии. Больным внушалось, что скоро наступит улучшение, боли пройдут, жажда уменьшится, если только смочить губы водой. В императивной форме заявлялось, что от терпения, выдержки, четкого выполнения всех предписаний зависит успешность дальнейшего лечения.

Психологическое воздействие в форме строгого приказа, без детального обоснования, уже на 3—4 сутки после имплантации уступало место рациональной психотерапии. С переводом в кардиохирургическое от-

деление создавались условия для мобилизующего периода 2-го этапа. Среди методов психотерапии на первое место выдвигался разработанный нами **вариант аутотренинга**, включающий в себя 5 упражнений.

1. «Релаксация». Заключается в сознательном и последовательном расслаблении мышц ног, рук, туловища, шеи, головы. Особое внимание уделяется релаксации мускулатуры кистей рук, спины, лица, напряжение которой наиболее выражено у данного контингента больных.

2. «Тепло». Вызывается ощущение теплоты в ногах, руках, области солнечного сплетения, шее, голове. Многие больные испытывают чувство зябкости, холода в периферических участках тела. Устранение этих неприятных ощущений с помощью аутотренинга, помимо непосредственно гипотетического воздействия, способствует также активизации личности в борьбе с заболеванием, демонстрируя возможности психической саморегуляции.

3. «Парение, невесомость». Используются формулы, приводящие к появлению ощущения парения, невесомости, «растворения» тела. Овладению этим упражнением придавалось особое значение. При выполнении его отмечалось значительное улучшение самочувствия, исчезновение характерного для пациентов ощущения тяжести, разбитости, уменьшение болей, улучшение настроения.

4. «Целевое самовнушение». Составляется индивидуально в зависимости от конкретных лечебных и психолого-педагогических задач. Применяются формулы, направленные на выработку адекватного отношения к состоянию, нормализацию сна, коррекцию характерологических особенностей личности, мобилизацию интеллектуально-мнестических ресурсов и т. п.

5. «Активация». Проводится с помощью формул, способствующих постепенному выходу из состояния аутогенного погружения. Подчеркивается, что организм «зарядился» энергией, силой, и это будет способствовать более быстрому восстановлению здоровья, дальнейшему улучшению самочувствия.

Особенности методического подхода при обучении больных данному варианту АТ заключались в следующем. Занятия вначале (первые 3—4 сеанса) проводились индивидуально, с подбором наиболее подходящих формул. Все 5 упражнений выполнялись в течение одного занятия. При последующих групповых сеансах (5—10 чел.) психотерапевт произносил только краткие руководящие формулы, к примеру: «расслабление... мышцы последовательно расслабляются». Тренирующиеся же мысленно проговаривали весь индивидуально составленный набор самоприказов.

Стандартные положения не применялись. Во время занятий каждый пациент располагался так, чтобы испытывать минимум болезненных ощущений, связанных с особенностями соматического состояния (боли в области послеоперационной раны, одышка и пр.). На время сеанса, продолжительность которого составляла 20—30 мин., включался метроном. Это хорошо действовало на больных, по-видимому, неосознанно отождествляясь с ритмичной работой сердца.

Специальные формулы, адресованные сердечно-сосудистой системе, оказались неприемлемыми, ввиду того, что само упоминание о сердце ассо-

цировалось у пациентов с понятиями болезнь, операция, смерть. Применение упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести в конечностях, тепла в грудной клетке, по нашим данным, также нецелесообразно, ибо это сопровождалось возникновением неприятных субъективных ощущений у оперированных.

3-й этап — активной психосоциальной реадаптации. Начинается в клинике сердечной хирургии и продолжается в загородном санатории. Длительность — 6—8 нед. Основные задачи: 1) комплексная терапия психопатологических проявлений, 2) коррекция рентных личностных позиций, 3) формирование и укрепление адекватных психологических установок.

Коррекция психических нарушений осуществлялась на основе психотерапии. Применялись рациональная, гипносуггестивная, косвенная психотерапия, аутогренинг.

Не исключалась продуманная психофармакотерапия. При разработке оптимальной схемы применения психотропных средств были учтены:

1) особенности психического и соматического состояния больных с протезами клапанного аппарата сердца,

2) наличие кардиотоксического, гипотонического и иного побочного действия у многих медикаментов этой группы,

3) эффективность препаратов и возможность привыкания к ним.

Применялись в основном меллерил, неулептил, мебикар, азафен, ноотропил, стугерон. Назначались они преимущественно в небольших дозах. Длительность курса обычно не превышала 1—3 нед. Действие медикаментов всегда потенцировалось психотерапией.

Решению задач психосоциальной реадаптации на данном этапе способствовало систематическое проведение с больными бесед с последующим совместным их обсуждением. Подбирались наиболее значимые и актуальные для пациентов темы:

1. Психологические механизмы выздоровления. 2. Каким должен быть режим после операции протезирования клапанов сердца? 3. Нервная система и сердце. 4. Физическая активность и сердце. 5. Основы рационального питания при сердечных заболеваниях. 6. Азбука психологической закалки. 7. Трудовая деятельность — залог активного долголетия.

В проведении некоторых бесед, помимо психотерапевта, принимали также участие врачи других специальностей — терапевты, диетологи, специалисты ЛФК и др., что давало возможность оказывать более дифференцированное психосоциальное воздействие на реабилитируемых больных.

С целью формирования у пациентов оптимистического отношения к будущему практиковался такой организационный прием, как привлечение к обсуждению отдельных тем оперированных с хорошими результатами реабилитации. Они служили для остальных больных наглядным примером успешного восстановительного лечения.

Активной ресоциализации способствовала регулярная трудотерапия. Под руководством подготовленного в области «малой» психотерапии методиста пациенты участвовали в посильных трудовых процессах по уходу

ду за фруктовым садом и цветниками санатория, благоустройству территории. Подчеркивалось значение физических нагрузок как фактора, способствующего тренировке сердечно-сосудистой системы и стабилизации психического состояния.

Широко использовались на данном этапе ландшафтотерапия, либропсихотерапия. Проведение культурно-массовых мероприятий также опосредовалось психотерапевтически.

4-й этап — поддерживающе-корректирующий. Начинался за 5 — 10 дней до выписки из санатория, впоследствии осуществлялся в процессе амбулаторного наблюдения, при повторных поступлениях в стационар и путем переписки. Ведущие задачи: 1) поддержание достигнутого уровня психосоциальной адаптации, 2) осуществление психокорректирующих мероприятий, 3) психопрофилактика, психогигиена.

Основным методом психотерапевтического воздействия был аутотренинг. Катамнестические исследования показали, что 64,3% оперированных систематически продолжали самостоятельные занятия АТ и после выписки из стационара.

Последние дни пребывания в стационаре имеют для больных особое психологическое значение. Привыкнув находиться под наблюдением квалифицированных специалистов, они опасаются, что не смогут сохранить достигнутый уровень физического и психологического состояния. Больные с рентными личностными установками настаивают на продлении срока пребывания в санатории или на переводе их в клинику.

С такими пациентами проводились индивидуальные психотерапевтические беседы, разъяснялась необоснованность возникших переживаний. Осуществлялась направленная психотерапевтическая коррекция в плане смягчения связанных с выпиской волнений. Укреплялась вера в собственные силы и возможности. Подчеркивалось, что пациент может вести с врачом переписку, которая впоследствии использовалась, как элемент поддерживающей психотерапии.

Оперированных с хорошими функциональными исходами ориентировали на возвращение к труду. Больным с неудовлетворительным функциональным статусом разъясняли необходимость тщательного выполнения предписанных лечебно-тренировочных мероприятий, направленных на мобилизацию механизмов адаптации и компенсации. Во всех случаях подчеркивался временный характер инвалидности, высказывалось убеждение, что когда пациент явится в клинику для контрольного осмотра, функциональные показатели у него будут более высокими.

Акцент в психотерапевтических беседах обычно ставился на том, что освобождение от труда и пенсия предоставляются не только из гуманных соображений, но и для того, чтобы больной мог предпринять активные меры для возвращения к общественно-полезной деятельности.

Таким образом, разработанный комплекс психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий начинался до операции, проводился на протяжении всего периода пребывания в кардиохирургической клинике и санатории и осуществлялся в процессе амбулаторного наблюдения после выписки. Являясь неотъемлемой составной частью реабилитационных

программ, эти мероприятия, помимо непосредственных задач коррекции проявлений психосоциальной дезадаптации, опосредованы и потенцировали весь лечебно-восстановительный процесс, повышая его эффективность в целом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ПСИХО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Включение разработанных мероприятий в реабилитационные программы для больных с протезами клапанов сердца способствовало улучшению их психического состояния, положительно отразилось на личностной, семейной и социально-трудовой адаптации в отдаленные сроки после кардиохирургического вмешательства.

Сведения о динамике психического состояния пациентов приведены в табл. 3.

Таблица 3

Психическое состояние больных до и после протезирования клапанного аппарата сердца (%)

Наименование ведущего синдрома	Основная группа (167 чел.)			Контрольная группа (142 чел.)		
	до опе- рации	сроки после операции		до опера- ции	сроки после операции	
		2-3 мес.	1-1,5 г.		2-3 мес.	1-1,1 г.
Астенический	49,1	33,5	27,5	51,4	39,4	35,9
Фобический	13,8	3,6	3,0	10,6	9,2	8,5
Депрессивный	12,5	4,8	4,8	9,2	5,6	7,0
Сенесто-ипо- хондрический	2,4	1,2	1,8	4,2	2,8	3,5
Истероформный	3,0	2,4	2,4	2,1	1,4	2,8
Кардиопро- тезный	—	11,4	9,6	—	24,7	26,1
Прочие	1,8	1,8	1,8	3,5	2,8	2,8
Всего:						
С нарушениями	82,6	58,7	50,9	81,0	85,9	86,6
Без нарушений	17,4	42,3	49,1	19,0	14,1	13,4

Из таблицы видно, что в основной группе число больных с проявлениями психической дезадаптации сократилось с 82,6% до 50,9% ($p < 0,05$). В контрольной группе улучшения психического статуса не произошло. Относительное уменьшение частоты некоторых симптомокомплексов в контрольной группе связано с тем, что доминирующую роль стали играть другие синдромы и прежде всего кардиопротезный.

Наличие психопатологических изменений у 50,9% больных основной группы не свидетельствует о том, что психотерапевтические мероприятия в этих случаях оказались безуспешными. У большинства пациентов удалось уменьшить тяжесть психопатологических проявлений. Так, если из общего количества больных основной группы в дооперационном периоде

лица с резко выраженным нарушениями составили 25,7%, а умеренными — 56,9%, то через 1 — 1,5 г. после протезирования клапанов сердца — 7,2% и 43,7%. В контрольной группе соответственно до операции — 21,8% и 59,2%, а после кардиохирургического вмешательства — 33,8% и 52,8%.

Таким образом, по тяжести психопатологических нарушений в дооперационном периоде пациенты обеих групп существенно не различались ($p>0,1$), а в послеоперационном периоде, благодаря применению методов психотерапии и психопрофилактики, состояние психики у больных в основной группе было значительно лучше, чем в контрольной ($p<0,01$).

Улучшение психического статуса, навыки самоконтроля и самоорганизации, приобретенные пациентами основной группы, позволяли им лучше адаптироваться в семье. При обследовании через 1 — 1,5 г. число больных, характеризовавших свои внутрисемейные отношения как хорошие, возросло с 46,1% (при опросе до операции) до 64,9% ($p<0,1$), а как неправильные или конфликтные — сократилось с 36,7% до 20,3% ($p<0,1$). В контрольной группе улучшения внутрисемейных отношений не отмечено ($p>0,1$).

У большинства пациентов основной группы удалось преодолеть рентные установки личности. Они считали возможным и необходимым трудиться, участвовать в работе по дому. Применение разработанных методов психотерапии и психопрофилактики в системе реабилитации обеспечило достижение адекватного функциональному статусу организма уровня социально-трудовой адаптации у 117 пациентов (79,1%) основной группы. В контрольной группе адекватная социально-трудовая адаптация отмечена лишь у 56 больных (41,5%). Различие является статистически достоверным ($p<0,05$).

Приведенные данные свидетельствуют, таким образом, об эффективности разработанных методов психотерапии и психопрофилактики и целесообразности включения их в качестве обязательного и важного звена в реабилитационные программы для больных с искусственными клапанами сердца.

ВЫВОДЫ

1. У большинства больных (81,9%), поступающих на операцию протезирования сердечных клапанов, имеются пограничные психические расстройства, проявляющиеся в основном астеническим, фобическим и депрессивным синдромами, а также их сочетаниями. Наличие психических нарушений значительно затрудняет осуществление лечебно-восстановительных программ.

2. На психическое состояние пациентов, подвергающихся операции протезирования клапанного аппарата сердца, оказывают выраженное негативное воздействие следующие факторы: психотравмирующий характер кардиохирургической ситуации, особенности функционирования в организме имплантированных искусственных клапанов, последствия экстракорпорального кровообращения, состояние «психологической дестабилизации».

3. В послеоперационном периоде одним из основных симптомокомплексов психических нарушений становится описанный нами «кардиопротезный психоспатологический синдром». Он наблюдается у 26,1% больных и характеризуется навязчивыми сомнениями в надежности протезов, неоправданным страхом их поломки, устойчивым негативным отношением к физическим и психоэмоциональным нагрузкам, специфическими расстройствами сна, чувством себя тревоги, растерянности, депрессивным фоном настроения.

4. Предупреждению и коррекции психических нарушений способствуют специальные методы психотерапии и психоспрофилактики, разработанные с учетом особенностей психического и соматического статуса пациентов до и после имплантации искусственных клапанов сердца. Предложенная структура психотерапевтической помощи, включающая в себя четыре этапа — подготовительный, седативно-мобилизирующий, активной психосоциальной реадаптации и поддерживающее-корректирующий, дает возможность существенно повысить эффективность реабилитации больных.

5. Использование разработанных методов обеспечивает коррекцию психических нарушений у 50,2% оперированных (полную — у 31,7%, частичную — у 18,5%) и достижение адекватного уровня социально-трудовой адаптации у 79,1%. Без применения предложенных психокорректирующих приемов положительной динамики психического статуса не отмечается, а уровень социально-трудовой адаптации адекватен лишь у 41,5% больных.

6. Значительная частота и выраженность психоспатологических нарушений у пациентов с протезами клапанного аппарата сердца и эффективность разработанных психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий свидетельствуют о целесообразности включения их в систему реабилитации кардиохирургических больных.

СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Организационная структура психотерапевтической помощи в хирургии приобретенных пороков сердца в аспекте задач реабилитации. — В кн.: VI съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР./ Тезисы докладов. — Харьков, 1978, с. 54—55.
2. Значение и особенности психотерапевтической тактики в предоперационной подготовке больных к протезированию клапанов сердца. — В кн.: Материалы межобластной научно-практической конференции по неврозам и неврозоподобным состояниям. — Кострома, 1978, с. 97—100.
3. Некоторые особенности перво-психической сферы у больных с протезами клапанов сердца. — В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца./ Тезисы докладов конференции. — Киев, 1978, с. 41—43.
4. К проблеме психологической реабилитации больных с искусственными клапанами сердца. — В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца./ Тезисы докладов конференции. — Киев, 1978, с. 38—41.
5. Состояние интеллектуально-мнестических функций у больных с приобретенными пороками сердца до и после операции. — В. кн.: Ишемическая болезнь сердца. Некоронарные поражения миокарда. Актуальные проблемы кардиохирургии./ I съезд кардиологов Украинской ССР. Тезисы докладов. — Киев, 1978, с. 288.
6. Роль медицинской сестры в медико-психологической реабилитации больных с искусственными клапанами сердца. — Медицинская сестра, 1979, № 9, с. 44—45.
7. О социально-трудовой и психической адаптации больных с ревматическими пороками сердца, перенесших кардиохирургическую операцию. — В кн.: Процессы адаптации и компенсации в кардиологии. Пленум Правления Украинского научного кардиологического общества./ Тезисы докладов. — Львов, 1979, с. 75—77.
8. Психологические аспекты реабилитации больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. — В кн.: Реабилитация при ИБС и пороках сердца./ Тезисы докладов. — Горький, 1980, с. 136—138 (в соавт. с Морозовым С. М.).
9. Вегетативные нарушения в структуре кардиопротезного психопатологического синдрома. — В кн.: Центральная регуляция вегетативных функций./ Материалы IV научной конференции ЦНИЛ Тбилисского государственного института усовершенствования врачей МЗ СССР. — Тбилиси, 1980, с. 41—42.
10. Психологические аспекты реабилитации больных после хирургического лечения пороков сердца. — Кардиология, 1980, № 6, с. 45—51 (в соавт. с Бендетом Я. А. и Морозовым С. М.).
11. Психотерапия и психопрофилактика в системе реабилитации больных с протезами клапанов сердца (методические рекомендации). — Киев, 1980, 16 с.

БУ № 17454.

Зак. 3364.

Тираж 250.

Попельнянская районная типография.