



с 14—16 недель беременности, второй курс за три недели до родов с продолжением после них. Противоревматическое лечение сочетается с проведением разгрузочной терапии (пищевой и медикаментозной), дыхательной гимнастикой, средствами, улучшающими метаболические процессы в миокарде, по показаниям, с сердечными гликозидами. В итоге реабилитации, осуществляемой на протяжении беременности, женщины с ревматическими поражениями сердца допускались к самопроизвольным родам, которым мы отдали предпочтение. Роды ведутся с обезболиванием ГОМК, повышающей функциональную способность миокарда и способствующей уменьшению симптомов гипоксии плода. Преимущество в лечении и профилактике между консультативным центром, роддомом и кардиоревматическими кабинетами достигается через разработанную нами обменную карту.

В результате реабилитации число рецидивов ревматизма и число больных с недостаточностью кровообращения среди данных больных уменьшилось как во время беременности, так и после родов.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПРИБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА**

*В. А. СКУМИН, С. М. МОРОЗОВ (Киев)*

В реабилитации больных, оперированных по поводу пороков сердца, все большее внимание уделяется психологическим аспектам. Это связано с большим количеством психических нарушений и спецификой личностных особенностей больных.

Нами проведено клинико-психологическое исследование 285 больных приобретенными пороками сердца в возрасте от 15 до 56 лет в сроки от 11 до 13 мес. после операции. Из них 227 было выполнено протезирование клапанов сердца, в том числе митрального — 141, аортального — 64, митрального и аортального — у 22 больных. У 109 произведена митральная комиссуротомия. Важное место при обследовании больных отводилось изучению состояния памяти, внимания, мышления (по методам А. Р. Лурия, Векслера, Джекобса), широко использовались клинические наблюдения, беседы, анкетирование. В ходе исследования особое внимание уделялось изучению личности с помощью опросника ММП1, методов исследования самооценки.

С помощью указанных методов у больных приобретенными пороками сердца до операции нервно-психические нарушения были выявлены в 82,1% случаев. Наиболее часто встречались

сомато- и психогенные астенические состояния. Астенический синдром был ведущим у 62,1%, депрессивный — 13,9%, фобический — 9,2%, ипохондрический — 3,5% пациентов. Изучение динамики психического состояния до и после операции показало, что сама по себе хирургическая коррекция пороков не являлась достаточной для улучшения психического статуса больных. Если психические нарушения отмечались у 82,5% больных перед протезированием клапанов сердца и у 76,0% перед митральной комиссуротомией, то через 2—3 мес. после операции они наблюдались соответственно у 87,1 и 82,0% больных, а через 12—13 мес. — у 88,9 и 86,0%.

Ряд особенностей отмечен и в эмоционально-волевой сфере пациентов. Их отличает повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительная слабость. Большинство больных не расценивает операцию как возможность возвращения к активному труду, установка на хирургическое вмешательство определяется лишь сохранением жизни. Указанные особенности в отдаленные сроки после хирургического лечения нередко становились более выраженными. Обращали на себя внимание и «рентные» психологические установки. Так, 56,9% больных с протезами клапанов сердца и 48,0% больных после митральной комиссуротомии считали, что сам факт кардиохирургической операции дает им право на получение более высокой группы инвалидности. Этим, наряду с недостатками трудовой экспертизы, можно объяснить снижение уровня социально-трудовой адаптации, несмотря на значительное улучшение физического состояния.

Приведенные данные указывают на большое значение нервно-психической и социально-психологической реабилитации больных после операций по поводу приобретенных пороков сердца. Комплекс методов психической реабилитации, включавших психотерапевтические воздействия (аутотренинг, гипнозусуггестия, рациональная психотерапия и др.) в сочетании с психофармакологическими средствами был применен к 118 пациентам с искусственными клапанами сердца и 69 перенесших митральную комиссуротомию. Анализ эффективности указанных мероприятий показал, что частота нервно-психических нарушений в лечебно-реабилитационной группе, по сравнению с больными, которым методы психической реабилитации не применялись, уменьшилось в 2,1 раза. Число пациентов с астеническим синдромом сократилось с 51,2% до 19,7%, фобическим — с 14,5% до 7,0%, депрессивным — с 13,8% до 9,4%. В случаях, когда не удавалось достичь стойкого эффекта, отмечалось смягчение симптоматики, что нашло подтверждение в данных опросника ММР1. В этой группе больных отмечен более высокий уровень социально-трудовой и семейной адаптации.

Проведенное исследование показывает необходимость внедрения психологической реабилитации в лечебно-восстановительные программы для кардиохирургических больных.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*В. И. ФРАНЦЕВ, В. Т. СЕЛИВАНЕНКО, Л. Б. НОВОДЕРЕЖКИНА  
(Москва)*

Основой системы реабилитации больных, оперированных по поводу врожденных и приобретенных пороков сердца в клинике сердечно-сосудистой хирургии МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, является преемственность и комплексность лечебных мероприятий. При этом выделяется несколько этапов реабилитации: 1) Уточнение диагноза, назначение медикаментозного лечения и режима физических нагрузок при дооперационном поликлиническом обследовании больных с целью определения оптимальных сроков проведения оперативного лечения. 2) Предоперационная интенсивная подготовка к операции в условиях клиники. 3) Этап хирургической коррекции порока сердца. 4) Ближайший послеоперационный период, в течение которого больной находится в реанимационной палате. 5) Этап стабилизации клинических и гемодинамических показателей. 6) Этап санаторно-курортного лечения. 7) Этап поликлинической реабилитации в отдаленные сроки (год и более).

На первом этапе производится клинический осмотр с анализом результатов рентгенологического обследования, электрокардиографии, фонографии и клинических анализов. На втором этапе для уточнения степени нарушения гемодинамики и анатомических изменений сердечно-сосудистой системы назначают ангиографию, зондирование полостей сердца с выявлением патологических сообщений, исследование вентиляционно-диффузионных возможностей и резервов легких.

При проведении хирургической коррекции порока сердца на всех этапах операции проводится контроль за состоянием гемодинамики и оксигенации крови с помощью метода регистрации кривых давления в полостях сердца и магистральных сосудах прямым способом, в сочетании с электрокардиографией, энцефалографией, контролем за кислотно-щелочным равновесием, газовым и электролитным составом крови; величина сердечного выброса и патологического шунтирования крови определяется методами терморазведения и электромагнитной флоуметрии.