

1. Габриелян Э. С., Карапетян А. Е., Сисакян С. А., Туманян А. М. В кн.: «Сборник научных трудов кафедры факультетской терапии и Дилижанского медобъединения», Ереван, Айастан, 1980, 8—20.
2. Карапетян А. Е., Сисакян С. А., Лалаян А. А., Красников Н. Ф., Тусуэрян А. Т. В кн.: «Сборник научных трудов кафедры факультетской терапии и Дилижанского медобъединения», Ереван, Айастан, 1980, 46—50.
3. Красников Н. Ф. В кн.: «Материалы научной конференции молодых ученых и специалистов», Ереван, 1980, 4—6.
4. Меерсон Ф. З., Досмагамбетов Р. С. Кардиология, 1983, 3, 20—26.
5. Bing M. A., Gordon D., Morley et al. In: International conference on prostaglandins, Florence, 1975, 94.
6. Flower R. Y. Pharm. Rev., 1974, 26, 33.
7. Szent-Gyorgyi A. Chemistry of muscular contraction. Revised edition, 1951, Acad. Press, Inc. Publishers New-York.

УДК 616.127—005.8—036.3—084.3

А. А. КИРИЧЕНКО, И. С. АСЛИБЕКЯН, Г. В. ГРОМОВА, Б. В. ШАБАЛКИН,
А. А. МАРТЫНОВ, Л. Н. ИВАНОВА, Л. И. ФРОЛОВА

ВЛИЯЕТ ЛИ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА?

Скоро исполнится 20 лет со времени внедрения в клинику операции обходного шунтирования при стенозе коронарных артерий [1—3]. Этот метод хирургического лечения нашел широкое признание. Однако до сегодняшнего дня продолжается обсуждение его влияния на различные стороны жизни, в том числе и на ее продолжительность [4—6]. Различия приводимых в литературе данных во многом обусловлены неоднородностью критериев, используемых при отборе больных, опытом хирургов, уровнем медицинского обеспечения населения и др. Цель данного исследования—сравнить выживаемость в двух сопоставимых по характеру патологии группах больных при хирургическом и медикаментозном лечении.

Консервативное лечение проводилось 197 больным ишемической болезнью сердца (ИБС), обследованным в ВНИЦХ АМН СССР в период с 1974 по 1979 г. и отказавшимся от предложенного им хирургического лечения. Для оценки собственно эффекта реваскуляризации миокарда под наблюдением находились 225 пациентов, выписанных в тот же период из отделения хирургии сосудов после операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ). Сравнительная характеристика обеих групп приведена в табл. 1. Группы практически идентичны по возрастному составу. Подавляющее большинство пациентов в возрасте от 41 до 59 лет. В обеих группах 12% больных были моложе 40 лет. Как в группе оперированных, так и среди леченых медикаментозно преобладали пациенты с выраженным болевым синдромом, возникающим при неболь-

ших физических нагрузках. В то же время среди оперированных в 1,2 раза было больше лиц со стенокардией покоя, несколько преобладала частота поражения 3 коронарных артерий, чаще выявлялись нарушения сегментарной сократимости левого желудочка.

Наблюдение за пациентами осуществлялось при посещении ими поликлинического отделения института, повторных госпитализациях в ВНЦХ АМН СССР или в клиники I ММИ им. И. М. Сеченова, анкетированием по телефону или с помощью вопросников. Суммарная кривая выживаемости рассчитывалась актуарным методом. Оценка достоверности различия показателей проводилась с помощью точного метода Фишера.

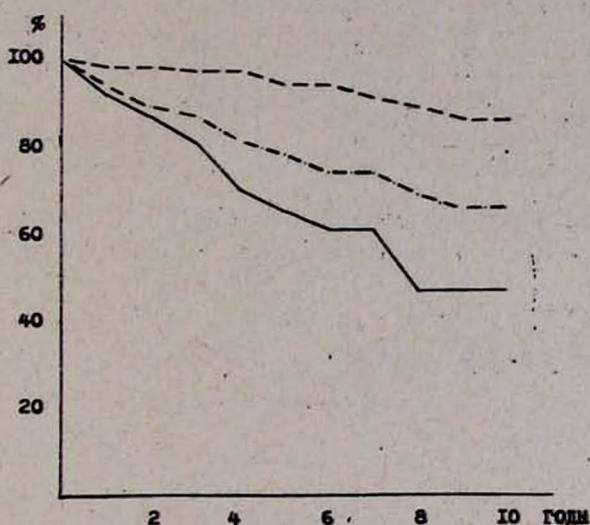


Рис. 1. Выживаемость неоперированных больных в зависимости от числа стенозированных артерий.

Через 5 лет из группы неоперированных были живы 79,8% больных, а через 10 лет—52,8%. Наиболее частой причиной смерти явились острая сердечно-сосудистая недостаточность (50%) и инфаркт миокарда (34%). 2% больных погибли от прогрессирующей сердечной недостаточности. Выживаемость в зависимости от числа стенозированных артерий представлена на рис. 1. Очевидна значимость распространенности поражения коронарного русла. Различие между всеми 3 группами статистически достоверно (между подгруппами с поражением 1 и 2 коронарных артерий; $P<0,024$; 2 и 3— $P<0,045$; 1 и 3— $P<0,001$). Очевидно, с увеличением массы миокарда левого желудочка, не получающего адекватного кровоснабжения, снижаются возможности приспособления сердца к изменению условий работы, что обуславливает увеличение смертности.

В группе оперированных оказалась выше выживаемость: так, через 5 лет живы 85,9% ($P<0,093$), а через 10—79,7% ($P<0,007$). Основной причиной смерти, также как и в группе неоперированных, явились на-

Таблица 1

Сравнительная характеристика оперированных и лечившихся медикаментозно пациентов в %

Показатели	Оперированные (до операции)	Неоперированные
Число наблюдаемых больных	225	197
Средний возраст	47,0, 32	45,0, 31
Стенокардия напряжения	33	45
Стенокардия напряжения и покоя	67	55
Толерантность к нагрузке:		
до 30 в	55	49,5
от 30 до 60 в	24	22
более 60 в	5	17
Инфаркт миокарда в анамнезе	64	69
Сужение более 50% просвета		
1 коронарной артерии	19	33
2 коронарных артерий	41	33
3 коронарных артерий	40	34
Нарушение сегментарной сократимости левого желудочка	53	42
Артериальная гипертония	37	28,3

рушения коронарного кровообращения (68,75%), однако удельный вес их в структуре причин смерти снизился. Влияние АКШ на выживаемость оказалась неодинаковой при поражении 1, 2 и 3 коронарных артерий (рис. 2). Наиболее значительно она возросла у пациентов с поражением 3 коронарных артерий. Увеличение выживаемости в этой

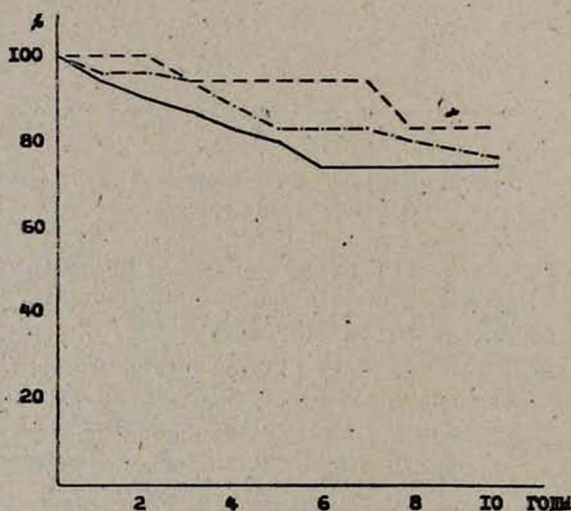


Рис. 2. Выживаемость больных с различной распространенностью стенозирующего атеросклероза после аорто-коронарного шунтирования.

подгруппе, по сравнению с пациентами, лечившимися консервативно, статистически достоверно (для 5-летнего периода $P < 0,03$; для 10-летнего — $P < 0,006$). Увеличилась выживаемость и у больных с патологией 2 коронарных артерий. Однако это изменение статистически не до-

стоверно. У пациентов с сужением одной коронарной артерии выживаемость практически не изменялась. В то же время наметилась отчетливая тенденция между подгруппами к стиранию различий в выживаемости. Так, если у терапевтически леченых пациентов различие выживаемости между всеми тремя подгруппами статистически достоверно, то среди больных, которым выполнено АКШ, статистически достоверное различие ($P < 0,03$) выявлено только в показателях 5-летней выживаемости между пациентами с поражением 1 и 3 коронарных артерий.

Стирание различий в выживаемости больных с различной распространенностью поражения коронарных артерий после операции АКШ свидетельствует об эффективности хирургического лечения. Таким образом, при сопоставимых показателях сократительной функции миокарда выживаемость больных ИБС определяется, главным образом, распространенностью поражения коронарных артерий. Выраженность влияния операции АКШ на продолжительность жизни пропорциональна степени значимости имеющейся патологии коронарных артерий. Чем меньше влияние имеющейся патологии на выживаемость, тем больше удельный вес в структуре причин смерти некоронарной патологии, и, следовательно, не приходится ожидать существенного увеличения выживаемости после аорто-коронарного шунтирования. И наоборот, чем больше число пораженных артерий, а следовательно и масса неадекватно кровоснабжаемого миокарда, чем ниже выживаемость больных, тем большее значение имеет восстановление кровотока по коронарным артериям, тем более разительны результаты хирургического лечения.

ВНЦХ АМН СССР, Москва

Поступила 15/VI 1985 г.

Ա. Ա. ԿԻՐԻՇԵՆԿՈ, Ի. Ս. ԱՍԼԻԲԵԿՅԱՆ, Գ. Վ. ԳՐՈՄՈՎԱ, Բ. Վ. ՇԱԲԱԿԻՆ,
Ա. Ա. ՄԱՐՏԻՆՈՎ, Լ. Ն. ԻՎԱՆՈՎԱ, Լ. Ի. ՖՐՈԼՈՎԱ

ՈՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅԱՆ
ՎՐԱ ԱՋԴՈՒՄ Է ԱՐԴՅՈՒՔ ԱԱՈՐՏՈԿՈՐՈՆԱՐ ՇՈՒՆԹԱՎՈՐՈՒՄԸ

Ա մ ֆ ո Վ ո Վ

Պատկան զարկերակների տարրեր աստիճանի վնասվածքներով հիվանդների ապրելուսկության միջև եղած տարբերությունները վերանում են: Որքան շատ են վնասված զարկերակները, հետևապես և ոչ համապատասխանորեն աղյամբ մատակարարվող սրտամկանի զանգվածը, այնքան ավելի մեծ է աորտոկորոնար շունթավորման ազդեցությունը կյանքի երկարատևության վրա:

A. A. Kirichenko, I. S. Aslibekian, G. V. Gromova, B. V. Shabalkin,
A. A. Martynov, L. N. Ivanova, L. I. Frolova

**Does the Aortocoronary Shunting Affect the Length of the
Lives of Patients With Ischemic Heart Disease**

S u m m a r y

The differences between the survival rate of patients with defferent extends of the affection of coronary arteries disappear. The more is the quantity of the affected arteries, the more significant is the role of the blood flow reduction.

Thus the aorto-coronary shunting affects greatly the duration of the patient's life.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесов В. И. Хирургическое лечение коронарной болезни сердца. Л., 1966.
2. Петровский Б. В., Князев М. Д., Шабалкин Б. В. Хирургия хронической ишемической болезни сердца. М., 1978.
3. Favalaro R. Ann. thorac. Surg., 1968, 5, 334—339.
4. Takato I., Hultgren H., Detre K., Pedurri P. Circulation, 1982, 65 (suppl. II) 60—66.
5. Varnauseas E., Olsson S., Carlström B. et al. Circulation, 1982, 65 (suppl. II), 67—71.
6. Coronary Artery Surgery Study: a randomized trial of coronary artery bypass surgery. Survival data. Circulation, 1983, 68, 5, 939—950.

УДК 616—005.4+671.12—008.331.1:616—072.8

Г. В. КАВТАРАДЗЕ, Е. Н. ИВАНОВА, Р. И. ЧИКВИЛАДЗЕ

СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ С НЕКОТОРЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

За последние годы внимание исследователей привлекают физиологические механизмы, лежащие в основе реализации психосоматических взаимоотношений при ИБС и ГБ, равно как и динамика психологического профиля в зависимости от давности заболевания, наличия осложнений и возраста больных [1, 2, 5].

Целью нашей работы являлось изучение взаимосвязи между психологическими особенностями личности и некоторыми клинико-параклиническими показателями при ИБС—ГБ.

Материал и методы. Обследовано 97 больных стенокардией (СТ): 110—постинфарктным кардиосклерозом (ПК) и 129 больных ГБ. Возраст больных колебался в пределах 35—60 лет. Больных группировали на 2 возрастные группы: до 49 лет—I группа, старше 49 лет—II группа. Среди больных СТ к I группе принадлежали 49 больных, а ко II—48. Среди больных ПК соответственное числовое распределение было 48 и 62, среди больных ГБ—64 и 65. У 21 больного СТ наблюдались различные нарушения ритма и проводимости, у 8—сердечная недостаточность I степени. При ПК эти осложнения наблюдались соответственно у 10 и 31 больного.

Психологический профиль изучался посредством метода фиксированной установки по Д. Узнадзе, опросником Айзенка, шкалой тревожности Тейлор и тестом Розенцвейга [4].

Статистическую обработку материала производили критерием χ^2 [3].

Результаты и их обсуждение. Общим для больных ИБС и ГБ (около 70%), ведущим психоадаптационным признаком является переменность (импульсивность) установки, предопределяющая перегруженность личности многими нереализованными установками и мотивациями, а также высокая частота грубости установки, опосредующей психологическую ригидность, высокий невротизм (Н) и экстрапунитивность. В то же время для ИБС преимущественным признаком является переменность