

## 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., Carlstrom 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. КВАТАРАДЗЕ, 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-параclinical 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  $\chi^2$  [3].

*Результаты и их обсуждение.* Общим для больных ИБС и ГБ (около 70%), ведущим психоадаптационным признаком является переменчивость (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 переменчивость

но-стабильный тип установки (BC), опосредующий высокую мотивацию, сензитивность, сдержанные комплексы вины и неполноценности. Кроме этого для ИБС характерна стабильность установки, способствующая в ряде случаев выработке фиксированных идей, экстраверсия (Э), характеризующаяся импульсивностью, социальностью, контактностью. При СТ чаще выражен холерический темперамент (X), свойствами которого являются импульсивность, агрессивность, раздражительность, активность. При ГБ, наоборот, преобладает вариабельно-лабильный (ВЛ) тип установки, характеризующийся низкой интенсивностью психической энергии, непоследовательностью, тревожностью, истеричностью. У этих больных в большинстве случаев выявляется лабильность установки, свойственная для внутренне зависимых, психопатичных личностей, интроверсия (И), характеризующаяся сдержанностью, расчетливостью, склонностью к самоконтролю и самоанализу. При ГБ наряду с X наблюдается увеличение количества лиц с меланхолическим (М) темпераментом. Для последнего свойственны капризность, упрямство, боязливость, рассудительность и др.

Ниже при сопоставлении названных клинико-параclinicalческих параметров мы будем лишь перечислять психологические определения. Не выходя в целом из рамок описанной психологической характеристики ИБС и ГБ, нам удалось выявить ряд интересных, статистически достоверных тенденций. Из приведенных в скобках цифр первая отображает процентный показатель в описываемой группе, вторая же в сравниваемой группе.

У больных СТ с давностью заболевания до 5 лет в сравнении с более поздним сроком выражена тенденция к учащению BC (59% при 37%;  $P < 0,001$ ) и стабильности (80% при 62%;  $P < 0,01$ ). При ПК в этот же временной отрезок наблюдается более высокая выраженность Э (62% при 35%;  $P < 0,001$ ), экстрапунитивности (70% при 43%;  $P < 0,01$ ) и самозащитных реакций (58% при 31%;  $P < 0,02$ ). Видимо, в течение заболевания происходит некоторое изменение различных компонентов психики, связанное с фактором осознания факта болезни, а затем призывания к ней. У больных ГБ в этот период также наблюдается учащение Э (48% при 31%;  $P < 0,01$ ).

Во II возрастной группе и при ИБС, и при ГБ, в сравнении с I, отмечена тенденция к невротизации. Так, у больных СТ это выражается в учащении Н (85% при 67%;  $P < 0,01$ ), ПК—грубости установки (71% при 58%;  $P < 0,05$ ), а ГБ—И (54% при 37%;  $P < 0,05$ ).

Интересные результаты получены нами при сравнении подгрупп больных ИБС с осложнениями и без наличия таковых. При СТ в подгруппе без осложнений более высоки показатели BC (61% при 47%;  $P < 0,01$ ) и Н (89% при 72%;  $P < 0,01$ ), а при ПК в аналогичной подгруппе чаще встречается стабильность (81% при 66%;  $P < 0,05$ ), Э (60% при 38%;  $P < 0,02$ ) и X (41% при 16%;  $P < 0,01$ ). Вероятно, утяжеление процесса при ИБС вызывает в некоторых случаях изменение психических характеристик и их замещение другими—более склонными к психастенизации личности.

Сопоставление психологических параметров с данными *липидного обмена* показало, что гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия иногда сопровождаются тенденцией к психастенизации. Так, у больных СТ при гиперхолестеринемии более выражены показатели лабильности установки (32% при 15%;  $P < 0,01$ ). Аналогичное наблюдается и при ГБ в виде учащения ВЛ (43% при 30%;  $P < 0,05$ ) и Н (70% при 57%;  $P < 0,02$ ). Гипертриглицеридемия сопровождается учащением некоторых, наиболее свойственных больным ИБС и ГБ психологических характеристик: при СТ чаще встречается ВС (57% при 47%;  $P < 0,05$ ), ПК—экстрапунитивность (76% при 50%;  $P < 0,05$ ), а при ГБ—лабильность (62% при 45%;  $P < 0,05$ ).

Гиперпротромбинемия у больных СТ и ГБ также характеризуется четким усилением некоторых, наиболее свойственных им психологических признаков. У больных СТ это выражается в учащении экстрапунитивности (81% при 57%;  $P < 0,001$ ), у больных ГБ—лабильности установки (70% при 44%;  $P < 0,001$ ), Н (75% при 59%;  $P < 0,01$ ) и М (42% при 25%;  $P < 0,01$ ). В то же время трудно объяснить учащение ВС при нормопротромбинемии у больных СТ (57% при 38%;  $P < 0,001$ ) и особенно ГБ (31% при 11%;  $P < 0,001$ ), равно как и учащение повышенной тревожности (41% при 24%;  $P < 0,01$ ) и самозащитных реакций (57% при 40%;  $P < 0,02$ ) в аналогичной подгруппе больных ПК.

При сопоставлении психологических и гемодинамических параметров (изучены методом интегральной реографии) в разных группах получены диаметрально отличающиеся друг от друга данные. Сказанное касается как типов гемодинамики, так и различных компонентов. Мы считаем, что данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

Таким образом, приведенные результаты еще раз подчеркивают значение изучения психологического профиля личности больных ИБС и ГБ в тесной связи с соматическими компонентами. Исследование психосоматических и соматопсихических взаимосвязей позволит лучше уяснить роль психологического фактора в патогенезе этих заболеваний.

НИИ клинической и экспериментальной  
кардиологии МЗ ГССР

Поступила 1/IX 1985 г.

Գ. Վ. ՔԱՎԹԱՐԱԶԵ, Ե. Ե. ԻՎԱՆՈՎԱ, Ռ. Ի. ԶԻՔՎԻՍԱԵ

ՄՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ  
ՀՈԳԵՐԱՆԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ԿԱՊԸ ՈՐՈՇ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ԵՎ ՊԱՐԱԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՀԵՏ

Ա. մ. փ. n. փ. n. t. d

Սրտի իշեմիկ հիվանդությանը և հիպերտոնիկ հիվանդությանը հիվանդների մոտ հոգեբանական տեսանկյունից հիման վրա հայտնաբերվել են որոշակի կապեր որոշ հոգեբանական և կլինիկա-պարակլինիկական ցուցանիշների միջև:

## Interactions of Psychologic Parameters With Some Clinical and Paraclinical Data in Ischemic Heart Disease and Hypertensive Disease

### Summary

Based on the psychologic testing in patients with ischemic heart disease and hypertensive disease there are revealed definite connections between some psychologic and clinical and paraclinical indices.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян Т. А. Автореф. канд. дис. М., 1980.
2. Губачев Ю. М. Докт. дисс., Л., 1972.
3. Квавилашвили Д. Ш. Применение статистических методов в психологии. Тбилиси, 1974.
4. Норакидзе В. Г. Методы исследования характера личности. Тбилиси, 1975.
5. Friedman M., Rosenman R. H. J. A. M. A., 1959, 169, 1286—1296.

УДК 616.12—008.46:615.03(04)

М. М. МИРРАХИМОВ, И. К. МОЛДОТАШЕВ, А. М. ТЕНЕНБАУМ

## МОЛСИДОМИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ГОРНОГО КЛИМАТА

В современных подходах к лечению тяжелой застойной сердечной недостаточности (ТЗСН) важное место отводится периферическим вазодилататорам [4, 6], к числу которых относится и молсидомин [1, 6]. Эффективность этого препарата в условиях горного климата, существенно изменяющего течение и клинико-функциональные проявления ТЗСН [2], не изучена. Поэтому целью данного исследования было изучение фармакодинамики молсидомина у больных ТЗСН в условиях горной местности.

**Материал и методы.** Обследовано 46 больных (14 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 17 до 62 лет с ТЗСН (II, Б—III ст.), развившейся на почве ревматических пороков сердца. 16 человек постоянно проживали в среднегорье (2000—2500 м) и 30 человек—в условиях низкогорья (760 м). На фоне полной дигитализации и приема адекватных доз диуретиков больным назначался молсидомин в суточной дозировке 0,2 мг/кг веса в 4 приема. До и на 10-й день приема препарата определяли частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолическое легочно-артериальное давление (ЛАД) по Birstin, сердечный индекс (СИ) и общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). С помощью аппарата «Алока SS Д-80» (Япония) по общепринятой методике [5] определялись объемы левого желудочка, фракция выброса (ФВ) и скорость циркулярного укорочения миокарда (Vcl) левого желудочка, максимальный размер левого предсердия (ЛП) и конечно-диастолический размер правого желудочка (ПЖ).

