

эпизоды в дебюте (в том числе на догоспитальном этапе), а также на активном этапе течения приступа. Реже (30%) больные поступили в стационар в состоянии кататонического ступора с наличием онейроидной симптоматики.

Попытка назначения атипичных антипсихотиков (оланзапин, амисульприд, рисперидон) или близких к ним (зуклопентиксол) при наличии эпизодов субкататонической симптоматики в структуре манифестного депрессивного шизоаффективного расстройства приводила к развитию начальных проявлений злокачествен-

ного нейролептического синдрома. Эффективным в лечении субкататонической симптоматики с начальными проявлениями ЗНС было назначение интенсивной инфузионной терапии; в случае кататонического ступора в сочетании с онейроидной симптоматикой проведена комбинированная электросудорожная и инфузионная терапия. Возобновление атипичной психотической терапии с использованием атипичных нейролептиков показано только после редукции сомато-неврологических и вегетативных нарушений, нормализации биохимических показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С.Н. Бокова. – В 2 т. Т.1. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 480 с.
2. Бологов П.В. Типологическая характеристика манифестных состояний шизодоминантной формы шизоаффективного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – №6. – С.14-18.
3. Виленский Б.С. Злокачественный нейролептический синдром // Неврологический журнал. – 2003. – Т. 8. №4. – С.4-6.
4. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии (клинические и иммуно-химические аспекты). – М., 1997. – 362 с.
5. Корнев А.Н. Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. – №6. – С.45-49.
6. Логвинович Г.В., Семке А.В. Клиническая характеристика и социально-трудовая адаптация больных шизоаффективным психозом // Эндogenous депрессия (клиника, патогенез): Тезисы докладов научной конференции / Под ред. А.С. Боброва. – Иркутск, 1992. – С.65-66.
7. Малин Д.И., Козырев В.Н., Недува А.А., Равилов Р.С. Злокачественный нейролептический синдром: критерии диагностики и принципы терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. №1. – С.76-80.
8. Мосолов С.Н. Неблагоприятное течение рекуррентной (шизоаффективной) шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – №1. – С.80-87.
9. Пантелеева Г.П., Артюх В.В., Конейко Г.И. и др. Клинико-генетические особенности и нозологическая оценка шизоаффективного психоза в систематике эндогенных приступообразных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №4. – С.12-21.
10. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Клинико-нозологический подход к диагностике шизоаффективного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – №9. – С.4-8.
11. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Шизоаффективный психоз: нозологическая оценка и дифференциальный диагноз // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 9. – С.4-10.
12. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. К вопросу о клинической и нозологической самостоятельности шизоаффективного психоза // Эндogenous депрессия (клиника, патогенез): Тезисы докладов научной конференции / Под ред. А.С. Боброва. – Иркутск, 1992. – С.108-109.
13. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. Шизоаффективный психоз // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М., 1999. – Т. 1. – С.636-667.
14. Ромасенко В.А. Гипертоксическая шизофрения. – М., 1967. – 240 с.
15. Цыганков Б.Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. – М., 1997. – 232 с.
16. Allen G.C., Larach M.G., Kunselman A.R. The sensitivity and specificity of the caffeine-halothane contracture test. The North American Malignant Hyperthermia Registry of MHAUS // Anaesthesiology. – 1998. – Vol. 88. – P.579-588.
17. Bhanushali M.J., Tuite P.J. The evaluation and management of patients with neuroleptic malignant syndrome // Neurol. Clin. – 2004. – Vol. 22. №2. – P.389-411.
18. Caroff S.N., Mann S.C., Campbell E.C. Neuroleptic malignant syndrome: copyright 2001 Lippincott Williams and Wilkins // In Adverse Drug Reaction Bulletin. – 2001. – Vol. 209. – P.799-802.
19. Chakrabarti S., Sharma D., Singh G. Neurological Sequelae of Neuroleptic Malignant Syndrome // Hong Kong J Psychiatry. – 2001. – Vol. 11. №3. – P.18-20.
20. Hall R.C., Appledy B. Atypical neuroleptic malignant syndrome presenting as fever of unknown origin in the elderly // South. Med. J. – 2005. – Vol. 98. №1. – P.114-117.
21. Kaufman K., Levitt M.J., Schiltz J.F., Sunderram J. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome in the critical care setting: case analysis // Ann. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 18. №3. – P.201-204.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра психиатрии, тел. (3952) 46-45-68, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru, Иванова Людмила Александровна – ассистент, к.м.н.; Рожкова Марина Юрьевна – очный аспирант; Бобров Александр Сергеевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор.

© ПОДКАМЕННЫЙ В.А., ЛИХАНДИ Д.И., ЧЕПУРНЫХ Е.Е., ЖЕЛТОВСКИЙ Ю.В., БОРОДАШКИНА С.Ю., ШАРАВИН А.А., ЕРОШЕВИЧ А.В., МЕДВЕДЕВ А.В. – 2012
УДК 616.132.2-089.168:616.713-089.85

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ 9-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ»

Владимир Анатольевич Подкаменный^{1,3}, Дмитрий Игоревич Лиханди³, Елена Евгеньевна Чепурных^{2,3}, Юрий Всеволодович Желтовский^{1,2,3}, Светлана Юрьевна Бородашкина³, Анатолий Александрович Шаравин³, Александр Викторович Ерошевич³, Александр Владимирович Медведев³

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра сердечно-сосудистой хирургии и клинической ангиологии, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – д.м.н., член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев; ³Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин, кардиохирургическое отделение №1, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский, кардиохирургическое отделение №2, зав. – В.Н. Медведев)

Резюме. Для оценки отдаленной выживаемости и качества жизни больных, перенесших коронарное шунтирование без искусственного кровообращения, проведен сравнительный анализ результатов 1339 операций коронар-

ного шунтирования в условиях искусственного кровообращения и «на работающем сердце». Критерии оценки: выживаемость и свобода от «больших кардиологических событий» за 1, 5 и 9 лет, качество жизни по опроснику MOS SF-36 v. 2 спустя 1 год с момента выполнения операции. Отдаленные результаты операций как в условиях ИК, так и на «работающем сердце» признаны удовлетворительными, достоверных различий не выявлено.

Ключевые слова: коронарное шунтирование, выживаемость, качество жизни, отдаленные результаты.

THE LONG-TERM OUTCOMES OF CONVENTIONAL AND OFF-PUMP CORONARY BYPASS SURGERY

V.A. Podkmenniy^{1,3}, D.I. Likhandi³, E.E. Chepurikh^{2,3}, U.V. Zheltovskiy^{1,2,3}, A.A. Sharavin³,
S.U. Borodashkina³, A.V. Eroshovich³, A.V. Medvedev³

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Irkutsk State Medical University;

³Irkutsk Regional Clinical Hospital)

Summary. Objective: to evaluate the long-term survival and quality of life of patients subjected to conventional and off-pump coronary artery bypass grafting. Methods: from 2001 to 2009 1339 coronary bypass grafting operations were performed. Evaluation criteria: survival and freedom from the cardiac events for the 1, 5 and 9 years, the assessment of quality of life questionnaire for the MOS SF-36 v. 2 at 1 year after the operation. Results: Long-term results of operations both in the conventional, and the off-pump coronary artery bypass were considered to be satisfactory, statistically significant differences were not found.

Key words: coronary bypass surgery, quality of life, survival, late outcomes.

Смертность от ИБС стоит на 1 месте в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и составляет 29,1% в структуре общей смертности населения РФ [1]. Острая социальная значимость последствий ИБС не вызывает сомнений и способствует развитию различных методов лечения. Активно развиваются эндоваскулярные методы лечения ИБС [1]. Наряду с «традиционной» операцией прямой реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК) выполняются операции на «работающем сердце». С внедрением в широкую практику систем стабилизации миокарда коронарное шунтирование (КШ) без ИК стало доступной и технически выполнимой операцией [10,17].

Особенности методики КШ на «работающем сердце» позволяют некоторым исследователям говорить об ограничении применения данного метода лечения из-за невозможности выполнения полной реваскуляризации, а также риска гемодинамических нарушений во время операции и необходимости подключения аппарата искусственного кровообращения [12].

Большинство значимых исследований в настоящее время признают лучшие результаты КШ на «работающем сердце», по сравнению с операциями с ИК, по показателю послеоперационной летальности и количеству мозговых осложнений [3,6,9,11,15,18].

Отдаленные результаты КШ на «работающем сердце» также оцениваются неоднозначно. Часть исследований говорит о лучшей отдаленной выживаемости и «качестве жизни» больных, перенесших КШ на «работающем сердце», по сравнению с операциями с ИК [14]. Некоторые авторы заявляют о значимо худших отдаленных результатах у больных, оперированных без ИК [19]. Большинство публикаций сообщает о схожих результатах КШ в условиях ИК и на «работающем сердце» [3,8,9,11].

Цель исследования: обладая опытом выполнения более 3000 операций КШ на «работающем сердце», мы поставили цель сравнить отдаленные результаты коронарного шунтирования в условиях ИК и на «работающем сердце».

Материалы и методы

С января 2001 по декабрь 2009 года в отделении кардиохирургии №1 ГУЗ ИОКБ 1339 больным ИБС выполнена операция коронарного шунтирования. Из них для выполнения поставленных задач исследования

сформированы 2 группы больных. Больные 1-й группы оперированы на «работающем сердце», 2-й группы – в условиях ИК. Все операции выполнены доступом из срединной стернотомии. Критериями отбора для больных обеих групп являлись: возраст 69 лет и менее, ФВ(S) более 30%, отсутствие заболеваний, повышающих риск операций в условиях ИК (сахарный диабет, цереброваскулярные поражения, хронические обструктивные заболевания легких, хроническая болезнь почек), возможность выполнения полной коронарной реваскуляризации, без необходимости выполнения коронарной эндартерэктомии. Согласно критериям отбора в 1 группу включено 215 больных, оперированных на «работающем сердце», а во 2-ю группу – 112 больных, оперированных в условиях ИК.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных 1 и 2 групп

Параметры	Группы больных				p
	1 (n=215)		2 (n=112)		
	кол-во	%	кол-во	%	
Возраст (лет)	56(53-61)		56(52-58)		0,51
Мужчины/женщины	193/22	89,8/10,2	98/14	87,5/12,5	0,72
ФВ(S) %	38 (35,5-48)		38(35-41,5)		0,68
Функциональный класс стенокардии (CCS)					
III ф.к.	147	68,4	79	70,5	0,56
IV ф.к.	24	11,2	13	11,6	0,78
Нестабильная стенокардия	45	20,9	20	17,9	0,64
Перенесенный ОИМ	164	76,3	78	69,6	0,49

Клиническая характеристика пациентов обеих групп представлена в таблице 1.

Больные обеих групп значимо не различались по основным клиническим признакам. Преобладали мужчины в возрасте 56 (52-58) лет со стенокардией III-IV функционального класса (CCS). Нестабильная стенокардия отмечалась у 20,9% больных 1 группы и у 17,9% – 2 группы. Больные имели сниженные показатели сократительной функции левого желудочка. У больных 1 группы ФВ составляла 38 (35,5-48) %, а у больных 2 группы – 38 (35-41,5)%.

По данным коронарографии, больные обеих групп также не имели значимых различий. Поражения ствола левой коронарной артерии имели 8,8% больных 1 группы и 9,8% – 2 группы. У большинства больных отмечалось многососудистое поражение коронарного русла (у 92,1% больных 1 группы и у 92,9% – 2 группы).

Данные коронарографии больных обеих групп представлены в таблице 2.

Всем больным выполнена полная реваскуляризация миокарда. Количество шунтов у больных первой составило 2,3 на одного больного, а у больных второй группы – 2,4.

Таблица 2

Данные коронарографии больных 1 и 2 групп					
Сосуды сердца. Коронарная артерия	Группы больных				p
	1 (n=215)		2 (n=112)		
	кол-во	%	кол-во	%	
Ствол левой коронарной артерии	19	8,8	11	9,8	0,68
Правая межжелудочковая артерия	213	99,1	112	100,0	0,89
Огибающая артерия	177	82,3	90	80,4	0,54
Правая коронарная артерия	173	80,7	93	83,3	0,56
Изолированное поражение ПМЖА	18	8,4	8	7,1	0,78
Двухсосудистое поражение	46	21,4	25	22,3	0,45
ПМЖА +огибающая артерия	24	52,2	11	44,0	0,56
ПМЖА +правая коронарная артерия	20	47,4	14	56,0	0,18
Трёхсосудистое поражение (ПМЖА+ОА+ПКА)	151	70,2	79	70,5	0,65

Отдаленные результаты лечения оценивались в сроки 1 год, 5 лет и 9 лет после операции. Медиана (интерквартильный размах) длительности наблюдения для больных 1 группы составила 1857 суток (от 570 до 2465 суток), а для 2 группы – 1970 суток (от 590 до 2040 суток), $p=0,67$. Результаты оценивались по количеству возникших «сердечно-сосудистых событий». Под «сердечно-сосудистым событием» понимали острый инфаркт миокарда после операции, смерть от ИБС и выполнение повторной коронарной реваскуляризации (коронарного шунтирования или эндоваскулярного вмешательства) на коронарных артериях в связи с возвратом стенокардии. Первичной конечной точкой считали возникновение первого сердечно-сосудистого события с момента начала наблюдения (с момента операции).

Оценка «качества жизни» больных проводилась на основании данных опросника MOS SF-36 v. 2. При этом использовались стандартные шкалы: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевая деятельность (Role-Physical Functioning – RP), телесная боль (Bodily pain – BP), общее здоровье (General Health – GH), жизнеспособность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), эмоциональное состояние (Role-Emotional – RE) и психическое здоровье (Mental Health – MH). Оценка «качества жизни» больных обеих групп проводилась в сроки 355 (350-375) суток с момента операции.

Данные в таблицах представлены в виде абсолютных величин и в процентах. Количественные признаки представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартиля. Для статистического анализа применялся пакет программ Statistica 6,0. Для сравнения полученных данных применен критерий Гехана-Вилкоксона, а для анализа выживаемости больных и сроков наступления первичной конечной точки – метод Каплана-Мейера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Выживаемость больных первой и второй группы в сроки 1 год, 5 лет и 9 лет после операции значимо не имела различий ($p=0,79$). Кривая функции выживания больных после операции представлена на рис. 1.

Выживаемость больных в течение первого года после операции для больных 1 и 2 групп составила 99%. Пятилетняя выживаемость для больных первой группы составила 83,5%, а 9-летняя – 76,8%, соответственно для больных второй группы – 80,4% и 75,9%.

Свобода от наступления кардиологических событий в течение первого года после операции для больных

первой группы составила 99,0%, а во второй – 98,1%. В течение 5 лет этот показатель составил 81,1% для больных первой группы и 71,5% – для второй. Свобода от кардиологических событий в течение 9 лет после операции у больных первой группы составила 65,8%, а у второй – 63,8%.

На рис. 2 представлены данные о свободе от кардиологических событий у больных, оперированных на «работающем сердце» и в условиях ИК. Эти данные не имеют статистически значимых различий ($p=0,28$).

При оценке «качества жизни» больных первой и второй группы все различия, кроме показателей по шкале «физическое функционирование», статистически незначимы. Данные по шкалам SF-36 представлены в таблице 3.

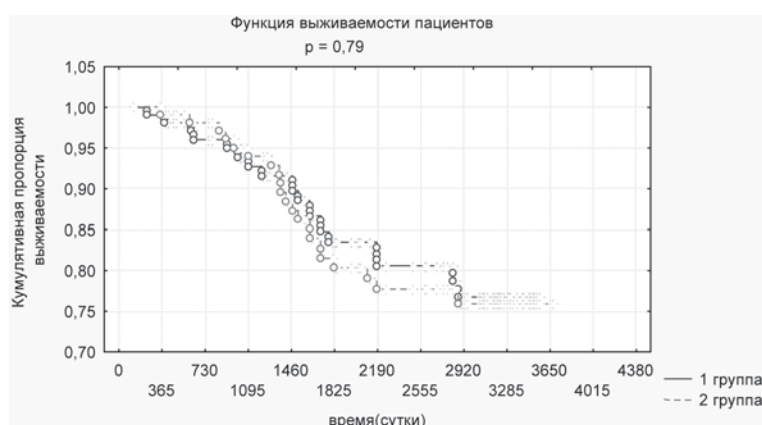


Рис. 1. Кривые функции выживаемости больных первой группы, оперированных на «работающем сердце», и второй группы, оперированных с ИК.

Значение по шкале «ролевая деятельность», «психическое здоровье» и «жизнеспособность» для больных обеих групп было одинаково и составляло 50 (50-75), 76 (44-80) и 65 (55-75) соответственно. По шкале «телесная боль» для больных 1 группы показатель составлял 52 (41-74), а для второй группы – 62 (41-74), по шкале «общее здоровье» – 57 (43-65) и 55,5 (42-65), по шкале

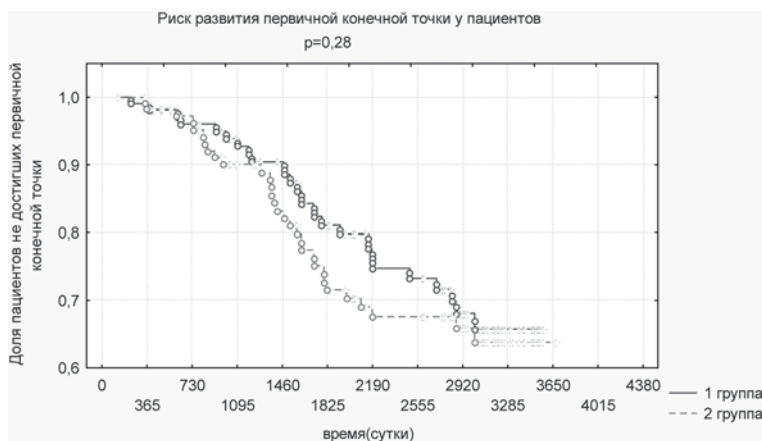


Рис. 2. Кривые функции свободы от больших кардиологических событий (наступление первичной конечной точки) больных первой и второй группы.

«социальное функционирование» – 62,5 (55-75) и 50 (45-66,7), по шкале «эмоциональное состояние» – 66,7 (33,3-100) и 66,7 (33,3-66,7) соответственно. Статистически значимо группы больных отличались по показателю «физическое функционирование», которые в первой группе составлял 75 (65-80), а во второй – 65 (50-75).

Большинство исследований, посвященных сравни-

Данные опросника SF-36 v.2 у больных 1 и 2 групп, баллы

Шкала	Группы больных		p
	1	2	
Физическое функционирование (Physical Functioning)	75 (65-80)	65 (50-75)	0,01
Роль в деятельности (Role-Physical Functioning)	50 (50-75)	50 (50-75)	0,54
Телесная боль (Bodily pain)	52 (41-74)	62 (41-74)	0,85
Общее здоровье (General Health)	57 (43-65)	55,5 (42-65)	0,51
Жизнеспособность (Vitality)	65 (55-75)	65 (55-75)	0,81
Социальное функционирование (Social Functioning)	62,5 (50-75)	50 (45-66,7)	0,06
Эмоциональное состояние (Role-Emotional)	66,7 (33,3-100)	66,7 (33,3-66,7)	0,31
Психическое здоровье (Mental Health)	76 (44-80)	76 (44-80)	0,64

тельной характеристике отдаленных результатов операций КШ, выполненных в условиях ИК и на «работающем сердце», редко охватывают период наблюдения более 5 лет. В основном данные представлены одноцентровыми ретроспективными исследованиями продолжительностью наблюдения 2 года и менее. Мы представили ретроспективный анализ сравнительных результатов лечения больных ИБС со сроками наблюдения 9 лет после операции.

Результаты КШ, выполненных на «работающем сердце» и в условиях ИК, через 1 год после операции оцениваются неоднозначно. Ряд авторов отмечают преимущества при выполнении операции в условиях ИК [3,15,11]. По данным G.D. Angelini с соавт. [3], свобода от больших кардиологических событий у больных, оперированных на «работающем сердце», через 1 год после операции составляет 79%, а у больных, оперированных в условиях ИК – 83%. В исследовании Н.М. Nathoe с соавт. [15] оценивались отдаленные результаты лечения больных, относящихся к группе низкого хирургического риска (EuroSCORE). Однолетняя свобода от больших сердечно-сосудистых событий в группе больных, оперированных без ИК, составила 88%, а в группе, оперированных с ИК – 90,6%. С другой стороны, F. Biancari с соавт. [8] в группах больных с низким уровнем хирургического риска (EuroSCORE), перенесших КШ с ИК и без ИК, не отметили в отдаленных результатах значимых различий. Выживаемость в течение 1 года после операции у больных, оперированных с ИК и без ИК, значимо не различалась и составила 94,1% и 95,4% соответственно. В нашем исследовании выживаемость в течение 1 года больных, оперированных как в условиях ИК, так и на «работающем сердце», составила 99,0%. При этом свобода от больших кардиологических событий в группе больных, оперированных «работающем сердце», составила 99%, а в группе оперированных с ИК – 98,1%. Отсутствие различий в результатах операций с ИК и без ИК в течение года отмечается также в ряде проспективных рандомизированных исследований [3,14,15].

По данным F. Biancari с соавт. [8], в течение 4 лет после операции выживаемость больных низкого хирургического риска, оперированных с ИК и на «работающем сердце», значимо не различалась и составляла 89,7% и 88% соответственно. Мы также не получили статистически значимых различий по выживаемости больных

Таблица 3

через 4 года после операции. Она составила 87,5% у больных, оперированных с ИК, и 89,3% – оперированных на «работающем сердце».

По нашим данным, через 6 лет после операции выживаемость больных, оперированных с ИК и без ИК, составила 77,8% и 81% соответственно. Эти показатели выживаемости ниже, чем показатели выживаемости за тот же период

наблюдения по данным ряда исследований [16,20]. По данным G.D. Angelini с соавт. [20], выживаемость больных через 75 месяцев (6,25 года) составила 88% у больных, оперированных в условиях ИК, и 86% – у больных, оперированных на «работающем сердце». При этом свобода от больших кардиологических событий по нашим данным и данным G.D. Angelini с соавт. [20] не имела различий и составляла для больных, оперированных с ИК, 77,8% и 81,8% соответственно, а для больных, оперированных без ИК – 81,1% и 78,7%.

К наиболее продолжительным наблюдениям относится исследование J.D. Puskas с соавт. [16]. Выживаемость больных через 10 лет после операции не имела различий и составила 65,7% в группе больных, оперированных с ИК, и 66,2% – в группе больных, оперированных на «работающем сердце». По нашим данным, выживаемость в течение 9 лет также не различалась и составила 75,9% у больных, оперированных на «работающем сердце», и 76,8% – у больных, оперированных в условиях ИК.

Сравнительной оценке «качества жизни» после операций КШ на работающем сердце и в условиях ИК посвящен ряд исследований. F.F. Immer с соавт. [21] сообщают о тестировании больных с помощью опросника MOS SF-36 v.2 в течение 10,8±0,5 месяцев после операции. Авторами получены значимо худшие результаты по показателю physical role functioning (45 и 74) и emotional role functioning (62 и 75) у больных, оперированных в условиях ИК. В исследовании R. Motallebzadeh с соавт. [22], включающего в себя 212 наблюдений (104 больных, оперированных в условиях ИК, и 108 на «работающем сердце»), не отмечено статистически значимых различий в сроки 6 и через 18 месяцев с момента оперативного вмешательства. Тестирование по MOS SF-36 v.2 больных, оперированных в нашей клинике показало значимо худшие результаты по показателю Physical Functioning для больных, оперированных в условиях ИК (65 и 75) через 355 (350-375) суток с момента вмешательства. По другим показателям больные не имели статистически значимых различий.

Таким образом, отдаленная выживаемость и свобода от «больших сердечнососудистых событий» за 1, 5, 9 лет у больных, оперированных с ИК и без ИК, статистически значимо не различается. Больные обеих групп (оперированные в условиях ИК и без ИК) имеют удовлетворительные показатели качества жизни по опроснику MOS SF-36.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия-2009. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения // ИЦССХ им. Бакулева РАМН. – М., 2010. – 180 с.
2. Al-Ruzzeh S., Amrani M., Boscoe M., et al. Integrated approach to off-pump coronary artery bypass surgery // Cardiovascular Surg. – 2003. – Vol. 11. – P.299-303.
3. Angelini G.D., Taylor F.C., Reeves B.C., et al. Early and midterm outcomes after off-pump and on-pump surgery in beating heart against cardioplegic arrest studies (BHACAS 1 and 2): a pooled analysis of two randomized controlled trials // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P.1194-1199.
4. Angelini G.D., Culliford L., Smith D.K., et al. Effects of on- and off-pump coronary artery surgery on graft patency, survival, and health-related quality of life: Long-term follow-up of 2 randomized controlled trials // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2009.

– Vol. 137. – P.295-303.

5. Bonchek L.I. Off-pump coronary bypass. Is it for everyone? // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2002. – Vol. 124. – P.431-434.

6. Biancari F., Mahar M.A.A., Mosorin M., et al. Immediate and Intermediate outcome After Off-Pump and On-Pump Coronary Artery Bypass Surgery in Patients With Unstable Angina Pectoris. // Ann Thorac Surg. – 2008. – Vol. 86. №4. – P.1147-1152.

7. Cleveland J.C., Shroyer A.L.W., Chen A.Y., et al. Off-pump coronary artery bypass grafting decreases risk-adjusted mortality and morbidity // Ann Thorac Surg. – 2001. – Vol. 72. – P.1282-1289.

8. Cooksey W.B., Filardo G., Grayburn P.A., et al. Comparing Long-Term Survival Between Patients Undergoing Off-Pump and On-Pump Coronary Artery Bypass Graft Operations // Ann Thorac Surg. – 2011. – Vol. 92. – P.571-578.

9. Edmunds L.H. Extracorporeal Perfusion in Cardiac Surgery

in the Adult. In Edmunds L.H. Cardiac Surgery in the Adult. – New York: McGraw-Hill; 1997. – P.278-282.

10. Hernandez F., Cohn W.E., Baribeau Y.R., et al. In-hospital outcomes of off-pump versus on-pump coronary artery bypass procedures: a multicenter experience // Ann Thorac Surg. – 2001. – Vol. 72. – P.1528-1534.

11. Immer F.F., Berdat P.A., Immer-Bansi A.S., et al. Benefit to quality of life after Off-Pump versus On-Pump coronary bypass surgery. // Ann Thorac Surg. – 2003. – Vol. 76. – P.27-31.

12. Jansen E.W., Grundeman P.F., Borst C., et al. Bredee Less invasive off-pump CABG using a suction device for immobilization: the 'Octopus' method // European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. – 1997. – Vol. 12. – P.406-412.

13. Kshetry V.R., Flavin T.F., Emery R.W., et al. Does multivessel, off-pump coronary artery bypass reduce postoperative morbidity? // Ann Thorac Surg. – 2000. – Vol. 69. – P.1725-1731.

14. Légaré J.-F., Buth K.J., Hirsch G.M. Conversion to on pump from OPCAB is associated with increased mortality: results from a randomized controlled trial // Eur J Cardiothorac Surg. – 2005. – Vol. 27. – P.296-301.

15. Mack M.J., Bachand D., Acuff T., et al. Improved outcomes in coronary artery bypass grafting with beating heart techniques // J Thorac Cardiovasc Surg. – 2002. – Vol. 124. – P.598-607.

16. Magee M.J., Jablonski K.A., Stamou S.C., et al. Elimination of cardiopulmonary bypass improves early survival for multivessel

coronary artery bypass patients // Ann Thorac Surg. – 2002. – Vol. 73. – P.1196-1203.

17. Massimo C., Reeves B.C., Rajkaruna C., et al. Incomplete Revascularization During OPCAB Surgery is Associated With Reduced Mid-Term Event-Free Survival // Ann Thorac Surg. – 2005. – Vol. 80. – P.2141-2147.

18. Motallebzadeh R., Bland J.M., Markus H.S., et al. Health-Related Quality of Life Outcome After On-Pump Versus Off-Pump Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Prospective Randomized Study. // Ann Thorac Surg. – 2006. – Vol. 82. – P.615-619.

19. Nathoe H.M., Van Dijk D., Jansen E.W.L., et al. A comparison of on-pump and off-pump coronary bypass surgery in low-risk patients // N Engl J Med. – 2003. – Vol. 348. – P.394-402.

20. Puskas J.D., Kilgo P.D., Lattouf O.M., et al. Off-Pump Coronary Bypass Provides Reduced Mortality and Morbidity and Equivalent 10-Year Survival // Ann Thorac Surg. – 2008. – Vol. 86. – P.1139-1146.

21. Spooner T.H., Hart J.C., Pym J. A two-year, three institution experience with the Medtronic Octopus: systematic off-pump surgery // Ann Thorac Surg. – 1999. – Vol. 68. – P.1478-1481.

22. Van Dijk, Nierich A.P., Jansen E.W.L., et al. Early outcome after off-pump versus on-pump coronary bypass surgery: results from a randomized study // Circulation. – 2001. – Vol. 104. – P.1761-1766.

Информация об авторах: Подкаменный Владимир Анатольевич – сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор, 664079, г.Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, ГУЗ ИОКБ, КХО №1, тел. (3952) 407851, e-mail: pvdm@inbox.ru;

Лиханди Дмитрий Игоревич – сердечно-сосудистый хирург, e-mail: likhandi_di@mail.ru; Чепурных Елена Евгеньевна – к.м.н., ассистент, сердечно-сосудистый хирург, 664079, г.Иркутск, мкр. Юбилейный, 100 ГУЗ ИОКБ, КХО №2, тел. (3952) 407850, e-mail: chepurnikh_ee@rambler.ru; Желтовский Юрий Всеволодович – заведующий кафедрой, сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор; Бородашкина Светлана Юрьевна – кардиолог;

Шаравин Анатолий Александрович – хирург; Медведев Александр Владимирович – сердечно-сосудистый хирург; Ерошевич Александр Викторович – сердечно-сосудистый хирург.

© ПЕТРУНЬКО О.В., КИСЕЛЬ С.В. – 2012
УДК 616.89-008.45-036.12

ХРОНИФИЦИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ (КЛИНИКА, ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ)

Ольга Вячеславна Петрунько, Светлана Васильевна Кисель

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. Среди стационарного контингента обследовано 53 пациента с текущим хронифицированным (длительность более 2 лет) депрессивным эпизодом по МКБ-10. Группу сравнения составили пациенты (n=30) с рекуррентным депрессивным расстройством и длительностью депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев, период допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений у них был меньше, чем в первой группе. Пациентов с хронифицированным течением депрессивного эпизода (в модели логистической регрессии с ОШ от 2,16 до 5,93 в 95% ДИ) отличали: наследственная отягощенность аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства, наличие в анамнезе экзогенной компрометации мозга, нестабильность семейного положения, наличие психотравмирующих ситуаций, сопутствующая сосудистая патология головного мозга, сезонность возникновения депрессивных расстройств в осенне-весенний период, резистентность к ранее проводимой психофармакотерапии.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, хронифицированное течение, клиника, факторы формирования.

CHRONIC DEPRESSION (CLINICAL MANIFESTATIONS, FORMING FACTORS)

O.V. Petrunko, S.V. Kisel

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. Among the hospitalized group 53 patients with current chronic (duration longer than 2 years) depressive episode according to ICD-10 have been examined. The comparison group consisted of patients (n = 30) with recurrent depressive disorder and depressive episodes lasting no more than 6-8 months. The patients with chronic course of depressive disorder (in a logistic regression model with OR 2,16 to 5,93 in 95% CI) are characterized by: family history of affective disorders among first-degree relatives, the presence of exogenous brain compromise, unstable marital status, associated vascular pathology of the brain, the presence of stressful situations, seasonal occurrence of depressive disorder in autumn and spring period, resistance to previously prescribed psychopharmacotherapy.

Key words: depressive disorder, chronic course, clinical manifestations, forming factors.

Хронифицированные депрессии являются одной из наиболее актуальных проблем аффектологии в современной отечественной и зарубежной психиатрии.

Значительный интерес исследователей к этой проблеме обусловлен их широкой распространённостью среди депрессивных состояний – до 30-35% [10], высо-