

Н.О. Перцева, Л.О. Хрустальова

КЛІНІЧНО ЗНАЧИМІ ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

N.O. Pertseva, L.O. Khrustaleva

CLINICALLY SIGNIFICANT CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AFTER MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

State institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", the city of Dnipro

Робота є фрагментом НДР «Оцінка якості життя хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) під впливом різних методів лікування», №держреєстрації 0111U001372.

Резюме *Мета роботи – оцінка клінічно значимих змін якості життя (ЯЖ) хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) після реваскуляризації міокарду порівняно з медикаментозною терапією.*

Матеріали і методи дослідження. У дослідження було включено 215 хворих на ішемічну хворобу серця, яким проводилася оцінка якості життя за Сіетльським опитувальником (SAQ). Пацієнтів було розподілено на три групи: хворі, яким проводилося аортокоронарне шунтування (АКШ); хворі, яким проводилося стентування коронарних артерій (СКА) та група медикаментозної терапії.

Результати. Оцінка результатів обстеження за шкалами Сіетльського опитувальника з використанням критеріїв клінічно значимої різниці показала, що хворі групи СКА мали клінічно значиме поліпшення в межах кожного домену SAQ: через 3 місяці після лікування за всіма шкалами у 60,0 % обстежених, через рік – у 80,0 %. Через 1 рік частка хворих з клінічно значущими поліпшеннями за всіма шкалами SAQ склала у групі СКА 81,9 %, у групі АКШ 32,9 % ($p < 0,001$).

Висновки. Клінічно значуще покращення ЯЖ виступає вагомим аргументом на користь виконання стентування коронарних артерій (пріоритетна стратегія лікування) або АКШ у пацієнтів, хворих на ІХС.

Ключові слова:

Останніми роками у якості стратегії боротьби з серцево-судинними захворюваннями та їх несприятливими наслідками, все більшого розповсюдження набувають інтервенційні методи лікування. Хірургічні методи реваскуляризації міокарду – стентування коронарних артерій (СКА) та аортокоронарне шунтування (АКШ) – займають одне з провідних місць у лікуванні ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні [2, 5].

Щодо переваг консервативного або оперативного лікування ІХС, до теперішнього часу

немає одностайної думки фахівців з цього приводу. Тоді як більшість дослідників сходяться на думці щодо переважаючої ефективності інтервенційних методів лікування [9, 10, 12, 15], останнє широкомасштабне Британське подвійне сліпе рандомізоване контрольоване дослідження черезшкірного коронарного втручання при стабільній стенокардії (ORBITA, 2018) показало, що ефективність інвазивних процедур, оцінена за допомогою контролю групи плацебо, суттєво не відрізняється від консервативного лікування [14].

Незважаючи на численні випробування, немає доказів того, що стратегія черезшкірного коронарного втручання покращує серцево-судинні наслідки у пацієнтів з стабільною ІХС порівняно з оптимальною медикаментозною терапією [13].

Щоб мати повну картину ризиків та переваг альтернативних стратегій реваскуляризації міокарда порівняно з традиційним медикаментозним лікуванням, важливо оцінювати результати з точки зору безпосередньо пацієнта, включаючи симптоми захворювання, функціональний статус та якість життя (ЯЖ) хворих [15]. Лікарі повинні мати об'єктивні дані про вплив обраної стратегії лікування на ЯЖ хворих, включаючи частоту і тяжкість стенокардії, фізичну активність, соціальне функціонування, життєздатність та емоційне благополуччя [10].

Загальноновизнаним, перевіреним і надійним методом оцінки різних аспектів якості життя хворих на ІХС є Сіетльський опитувальник – Seattle Angina Questionnaire (SAQ), який за допомогою 19 запитань вимірює якість життя, пов'язану зі здоров'ям за 5-ма шкалами: шкала обмеження фізичних навантажень або шкала обмеження фізичної активності (шкала ФА) – Physical limitation (PL); шкала стабільності нападів стенокардії (шкала СС) – Angina stability (AS); шкала частоти (тяжкості) нападів стенокардії (шкала ТС) – Angina frequency (AF); шкала задоволеності лікуванням або оцінки лікування (шкала ОЛ) – Treatment satisfaction (TS); шкала ставлення (відношення) до хвороби (шкала СХ) – Disease perception (DP). Оцінки варіюються від 0 до 100 % для кожного аспекту ЯЖ, більш високі показники означають поліпшення стану здоров'я і меншу кількість симптомів [8].

Важливий аспект в оцінці якості життя хворих на ІХС за Сіетльським опитувальником полягає у визначенні клінічно значущих змін за шкалами вимірювання, оскільки визнаним є підхід, що статистично значимий результат слід інтерпретувати як клінічно значимий тільки у випадку, якщо він потенційно може змінити клінічну практику [4]. Клінічно важливі відмінності в стані здоров'я пацієнтів з серцевими захворюваннями зазвичай визначаються експертним шляхом з залученням у робочу групу фахівців з великим досвідом роботи з відповідним інструментом оцінки [7]. У дослідженні Weintraub W.S. та співав. (2008), яке проводилося у Сполучених Штатах Америки та Канаді з 1999 по 2004 рік та включало скринінг 35 539 пацієнтів, відповідно

до критеріїв, розроблених Wyrwich K.W. та співав. (2004) [7], було визначено клінічно значимі зміни за шкалами SAQ [9]. Такий підхід оцінки клінічно значимих змін ЯЖ за опитувальником SAQ успішно використовувався у дослідженнях Cohen D.J. та співав. (2011) [16], Li-Xia Yang та співав. (2014) [11].

У роботах українських дослідників аспекти клінічно значимих змін якості життя не висвітлювалися, використовувалася переважно оцінка середнього рівня ЯЖ за шкалами Сіетльського опитувальника [1, 2, 3, 6].

Враховуючи це, назріла необхідність проведення в нашій країні аналізу результатів різних підходів до лікування хворих на ІХС, які б включали оцінку клінічно значимих змін за шкалами SAQ, що і обумовило актуальність проведеного дослідження.

Мета роботи – оцінка клінічно значимих змін якості життя хворих на ішемічну хворобу серця після реваскуляризації міокарду порівняно з медикаментозною терапією.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні було включено 215 хворих на ішемічну хворобу серця, що знаходилися на лікуванні у відділеннях кардіології, інтервенційної кардіології та кардіохірургії КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології і кардіохірургії ДОР» у період 2010 - 2016 рр.

Пацієнтів, що дали інформовану згоду на участь у дослідженні, в залежності від обраної стратегії лікування, було розподілено на три групи: група 1 (n=61) – хворі на ІХС, яким проводилося аортокоронарне шунтування (28,37 %); група 2 (n=85) – хворі на ІХС, яким проводилося стентування коронарних артерій (39,54 %); та група 3 (n=69) – хворі на ІХС, яким проводилася медикаментозна терапія (МТ) (32,09 %). Пацієнти групи консервативної терапії отримували медикаментозне лікування відповідно до стандартів надання медичної допомоги в Україні.

Оцінка якості життя проводилася за Сіетльським опитувальником (SAQ) з використанням лінгвістичних і культурно підтверджених перекладів рідною мовою (<http://cvoutcomes.org/licenses>). Опитування за SAQ проводилося тричі: під час вибору відповідного методу лікування, через три місяці і через рік після оперативного втручання або призначення консервативного лікування.

За рекомендацією Weintraub W.S. та співав. (2008), клінічно значимою різницею за шкалою обмеження фізичної активності (PL) вважали

різницю у 8 балів або більше; за шкалою стабільності нападів стенокардії (AS) – 25 балів та більше; за шкалою частоти (тяжкості) нападів стенокардії (AF) – 20 балів та більше; за шкалою задоволеності лікуванням (TS) – 12 балів та більше; за шкалою ставлення до хвороби (шкалою якості життя) – 16 балів та більше [9].

Аналіз результатів дослідження проводився з використанням програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA).

Проводилася перевірка нормальності розподілу кількісних ознак за критерієм Шапіро-Уїлка, перевірка рівності дисперсій за допомогою критерію Фішера (F). Враховуючи асиметричний розподіл більшості кількісних ознак, для їх опису використовувалися: медіана (Me) та інтерквартильний розмах (25 %; 75 %). Для оцінки зміни середніх показників у динаміці відносно початкового рівня розраховувалася різниця медіанних значень з 95% довірчим інтервалом (ДІ).

На додаток до аналізу середніх оцінок SAQ як безперервних змінних, результати за рекомендацією Abdallah M.S. та співав. [15] розглядали за шкалою частоти нападів стенокардії відповідно до градації: добова стенокардія (показник SAQ-AF<40 %); щотижнева стенокардія (оцінка SAQ-AF 40-60 %); щомісячна стенокардія (оцінка SAQ-AF 70-90 %) та пацієнти без стенокардії (SAQ-AF=100 %).

Оцінка значущості відмінностей показників проводилася за допомогою критерію Манна-Уїтні (U) для непов'язаних вибірок та критерію Вілкоксона (W) для пов'язаних вибірок. Оцінка вірогідності різниці відносних показників проводилася за критерієм Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса на безперервність для малих частот, значення показника, близьких до 0 або 100.

Критичне значення рівня статистичної значимості (p) для всіх видів аналізу приймалося <5 % (p<0,05).

Результати та їх обговорення. У обстежених хворих на ішемічну хворобу серця у короткостроковому періоді після лікування (через 3 місяці) спостерігаються більш високі, відносно початкового рівня, показники майже за всіма доменами ЯЖ у всіх досліджених групах (табл. 1). Виключення складають хворі після АКШ, у яких зменшився середній бал (медіанне значення) на -2,3 (95 % ДІ -2,3 – -2,3) % за шкалою оцінки лікування та пацієнти, що отримували медикаментозну терапію, у яких спостерігається змен-

шення результатів за шкалою обмеження фізичної активності на -3,4 (95 % ДІ -3,4 – -2,2) % без статистично значущих розбіжностей порівняно з початковим рівнем у обох випадках (p>0,05). Найбільше зростання через 3 місяці виявлено у групах СКА та медикаментозної терапії за шкалою стабільності нападів стенокардії – зростання медіанного значення показника на 32,9 (95 % ДІ 25,0 – 39,5) % та 32,1 (95 % ДІ 25,0 – 32,1) % відповідно (p<0,001 в обох випадках).

Найгірші показники за шкалою ставлення до хвороби (шкалою якості життя) отримані для групи медикаментозної терапії 8,3 (8,3; 8,3) % і протягом як короткотривалого, так і довготривалого періоду, ситуація не змінилася, оцінка за шкалою СХ залишилася на початковому рівні. Також несприятливо виглядає динаміка оцінок у даній групі за шкалами ФА та ТС.

У групі медикаментозного лікування за провідною шкалою ЯЖ – частотою нападів стенокардії, відзначається зменшення оцінок відносно початкового рівня – показник змінився на -0,1 (95 % ДІ -0,1 – 3,1) % без статистично значущих розбіжностей (p>0,05). За шкалою обмеження фізичної активності – на -4,5 (95 % ДІ -4,5 – -2,2) % (p<0,001). Треба зазначити, що за доменами стабільності нападів стенокардії та оцінки лікування у групі медикаментозної терапії відзначається поліпшення ЯЖ – спостерігається підвищення показників на 10,0 (95 % ДІ 10,0 – 11,8) % та 11,8 (11,8 – 11,8) % відповідно (p<0,001 для обох шкал).

Як і в короткостроковому періоді, так і в довгостроковому, найбільшими темпами відбувається зростання ЯЖ хворих за шкалою стабільності нападів стенокардії – на 35,0 (35,0 – 35,0) % у групі АКШ та на 50,0 (48,7 – 52,1) % у групі стентування коронарних артерій (p<0,001 для обох шкал).

У підсумку, через рік від початку спостереження, за трьома з п'яти базових шкал (частоти стенокардії, фізичного обмеження та відношення до хвороби) спостерігається суттєве поліпшення у хворих з інтервенційними підходами до лікування (p<0,001), і в підсумку рівень показників за цими доменами перевищує 50 % значення, тоді як у групі медикаментозної терапії показники погіршуються або залишаються незмінними відносно базового рівня і складають у підсумку менше половинного значення з максимально можливого. Щодо частоти нападів стенокардії найкращі показники через рік спостерігаються у групі СКА – 78,4 (68,6; 80,0) %.

Таблиця 1

Середні показники якості життя хворих на ІХС за шкалами опитувальника SAQ у динаміці після призначення лікування (медіанні значення у %)

Показники, % Ме (25 %;75 %)	Група 1 АКШ (n=61)	Група 2 СКА (n=85)	Група 3 МТ (n=69)
Шкала обмеження фізичної активності (шкала ФА)			
Перше обстеження	44,0 (43,3; 44,0)	28,1 (22,2; 29,8)***	36,2 (24,4; 36,2)***
Друге обстеження	53,3 (48,3; 53,3)	45 (37,8; 45)***	32,8 (26,7; 32,8)***
Третє обстеження	65,8 (62,2; 65,8)	55,8 (48,9; 57,8)***	31,7 (22,2; 31,7)***
Зміни через 3 міс. Ме (95 % ДІ)	9,3 (9,3 – 9,3)#	16,4 (13,3 – 17,0)#	-3,4 (-3,4 – -2,2)
Зміни через рік Ме (95 % ДІ)	21,8 (21,8 – 21,8)#	27,7 (26,0 – 28,9)#	-4,5 (-4,5 – -2,2)#
Шкала стабільності нападів стенокардії (шкала СС)			
Перше обстеження	40,0 (40,0; 43,8)	25,0 (25,0; 31,6)***	26,8 (25,0; 26,8)***
Друге обстеження	60,0 (56,3; 60,0)	64,5 (50,0; 75,0)	58,9 (50,0; 58,9)*
Третє обстеження	75,0 (75,0; 87,5)	80,3 (75,0; 80,3)***	36,8 (36,8; 50,0)***
Зміни через 3 міс. Ме (95 % ДІ)	16,3 (16,3 – 20,0)#	32,9 (25,0 – 39,5)#	32,1 (25,0 – 32,1)#
Зміни через рік Ме (95 % ДІ)	35,0 (35,0 – 35,0)#	50,0 (48,7 – 52,1)#	10,0 (10,0 – 11,8)#
Шкала частоти нападів стенокардії (шкала ТС)			
Перше обстеження	56,0 (32,5; 56,0)	32,6 (20,0; 40,0)***	16,9 (16,9; 20,0)***
Друге обстеження	64,0 (47,5; 64,0)	60,0 (43,4; 61,1)**	24,1 (20,0; 24,1)***
Третє обстеження	62,0 (62,0; 82,5)	78,4 (68,6; 80,0)***	16,7 (16,7; 40,0)***
Зміни через 3 міс. Ме (95 % ДІ)	8,0 (8,0 – 8,0)#	27,4 (21,1 – 28,4)#	7,3 (3,1 – 7,3)#
Зміни через рік Ме (95 % ДІ)	26,5 (6,0 – 26,5)#	45,8 (40,0 – 47,4)#	-0,1 (-0,1 – 3,1)
Шкала оцінки лікування (шкала ОЛ)			
Перше обстеження	69,8 (57,2; 69,8)	47,5 (42,5; 51,8)**	39,8 (39,8; 42,5)***
Друге обстеження	67,5 (61,3; 67,5)	73,1 (57,5; 73,1)	51,6 (51,6; 55)***
Третє обстеження	79,0 (79,0; 88,8)	81,0 (76,2; 88,8)***	47,2 (47,2; 56,9)***
Зміни через 3 міс. Ме (95 % ДІ)	-2,3 (-2,3 – -2,3)	21,3 (20,0 – 25,6)#	11,8 (11,8 – 11,8)#
Зміни через рік Ме (95 % ДІ)	19,0 (9,3 – 19,0)#	33,5 (29,1 – 36,9)#	7,4 (7,4 – 11,0)#
Шкала ставлення до хвороби (шкала СХ)			
Перше обстеження	51,7 (37,5; 51,7)	41,7 (25; 41,7)	8,3 (8,3; 8,3)***
Друге обстеження	53,3 (53,3; 54,2)	67,5 (53,3; 75)**	8,3 (8,3; 8,3)***
Третє обстеження	63,3 (63,3; 83,3)	78,1 (75; 91,7)*	8,3 (8,3; 8,3)***
Зміни через 3 міс. Ме (95 % ДІ)	2,5 (1,7 – 2,5)#	25,9 (25,0 – 25,9)#	0 (0 – 0)
Зміни через рік Ме (95 % ДІ)	25,8 (11,7 – 25,8)#	36,9 (36,4 – 44,7)#	0 (0 – 0)

Примітки. Розбіжності порівняно з 1-ю групою за критерієм Манна-Уїтні: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001; розбіжності у динаміці відносно початкового рівня за критерієм Вілкоксона: # – p≤0,001

При аналізі частоти нападів стенокардії (за шкалою SAQ-AF) як категоріальної змінної (рис. 1), на початку спостереження у 2-й та 3-й групах спостерігаються переважно щодобові напади стенокардії (71,8 % та 82,6 % відповідно), тоді як у першій групі АКШ більшість представлена хворими з щотижневими нападами (63,9 %),

$p < 0,001$. Отже, потенційним фактором впливу на кращі результати щодо якості життя у короткотривалому періоді у хворих на ІХС, яким проводили аортокоронарне стентування, може бути менш важка симптоматика у цих пацієнтів на початку лікування.

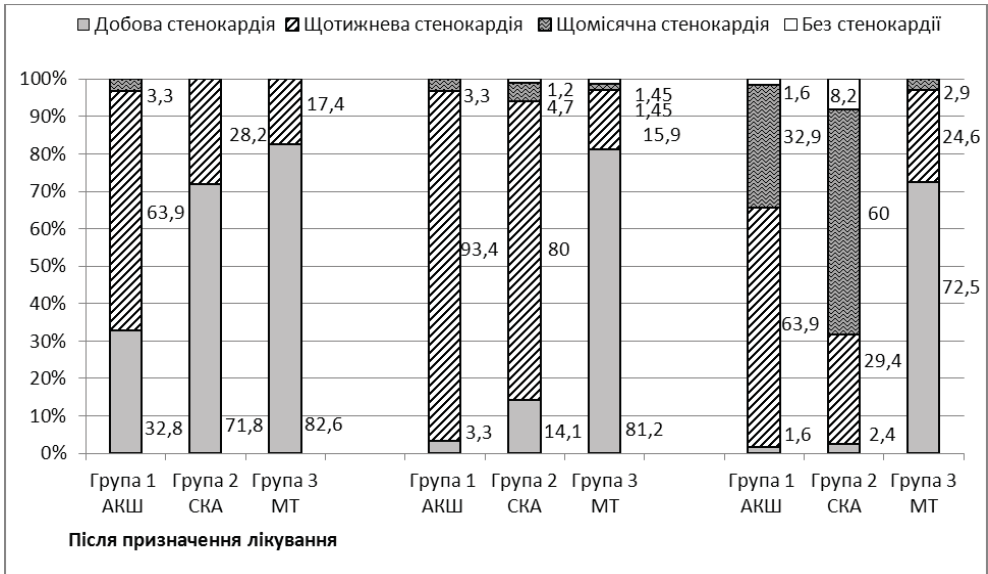


Рис. 1. Розподіл пацієнтів обстежених груп за оцінкою частоти нападів стенокардії (за шкалою частоти стенокардії SAQ-AF) у динаміці (у %)

Примітки. Категорії були визначені як без стенокардії (показник SAQ-AF 100), щомісячна стенокардія (оцінка SAQ-AF 70-90), щотижнева стенокардія (показник SAQ-AF 40-60) та добова стенокардія (показник SAQ-AF <40). Розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона

Через 3 місяці після лікування, групи з ре-васкуляризацією міокарду майже не відрізняються одна від одної – переважаючу частку в обох складають хворі з щотижневими нападами стенокардії (93,4 % та 80,0 % відповідно), тоді як у пацієнтів з групи медикаментозного лікування переважають щодобові напади – 81,2 % ($p < 0,001$). Проте в цій групі та групі СКА по одному опитаному вказують на відсутність нападів стенокардії (100 % за шкалою AF).

У віддаленому періоді після лікування за структурою оцінки частоти нападів стенокардії за шкалою AF пацієнти різних груп обстеження суттєво різняться ($p < 0,001$). Найсприятливіша ситуація у групі СКА – 8,2 % вказали на відсутність стенокардії, а 60,0 % обстежених відзначили щомісячні напади стенокардії, тоді як у групі АКШ – більшість (63,9 %) вказує на щотижневі напади. У такої ж кількості хворих вони

відзначалися і на початковому етапі лікування, але про поліпшення ситуації у 1-й групі можна стверджувати через те, що при призначенні лікування третина пацієнтів цієї групи вказувала на щодобову стенокардію (32,8 %), тоді як через рік після лікування третина (32,9 %) вказала на щомісячні напади ($p < 0,001$). У 3-й групі дослідження змін за частотою нападів стенокардії у динаміці практично не відбулося ($p > 0,05$).

Але ситуація у групі медикаментозного лікування виглядає більш сприятливою при оцінці клінічно значущих змін за шкалами Сіетлського опитувальника. Частка хворих з клінічно значимою різницею за шкалою частоти нападів стенокардії (AF) у 20 балів та більше через рік після призначення лікування у хворих з базовою медикаментозною терапією складала 24,6 % та суттєво не відрізнялася від групи пацієнтів після АКШ – 37,7 % ($p > 0,05$). Така ж

залежність відзначалася і в короткостроковому періоді за цією шкалою, і в довгострокових результатах за шкалою задоволеності лікуванням (TS), клінічно значущу різницю за якою визначали у 12 балів та більше.

За шкалами обмеження фізичної активності (PL) з клінічно значимою різницею у 8 балів та більше і стабільності нападів стенокардії (AS) з клінічно значимою різницею у 25 балів та більше найкращі результати через рік спостерігаються у групі аортокоронарного шунтування, у якій майже у всіх обстежених (98,4 % за обома шкалами) визначаються покращення порівняно з початковим рівнем. Такі результати суттєво перевершують відповідні показники у 3-й групі ($p < 0,001$) та не відрізняються від результатів 2-ї групи ($p > 0,05$).

За шкалою ставлення до хвороби (шкалою якості життя), за якою клінічно значимою вважалася різниця у 16 балів та більше, найбільша частка хворих з поліпшенням спостерігалася у групі СКА (89,4 %), що суттєво відрізняє її від інших груп ($p < 0,001$).

Загалом у групі стентування коронарних артерій спостерігаються через рік найкращі показники за часткою хворих з клінічно значущими збільшеннями за більшістю шкал SAQ. Загалом частка хворих з клінічно значущим поліпшенням за всіма шкалами складає у групі СКА 81,9 %, тоді як у групі АКШ 32,9 % ($p < 0,001$) та відсутня у групі медикаментозного лікування через перманентно низькі показники за шкалою СХ.

Відсутність поліпшення ситуації ні в короткотривалому, ні в довготривалому періодах, відносно ставлення до хвороби хворих з медикаментозною терапією вказує на необхідність впровадження лікувальних заходів щодо її усунення – проведення корекції щодо психо-емоційного стану таких хворих та підвищення рівня їх комплаєнтності до лікування.

Висновки

За оцінкою якості життя хворих на ІХС за Сіетльським опитувальником SAQ, отримані результати свідчать на користь реваскуляризації порівняно з медикаментозною терапією. Через 1 рік лікування за шкалою ставлення до хвороби (шкалою якості життя) у групах АКШ та СКА відзначаються статистично суттєві ($p < 0,001$)

позитивні зміни порівняно з початковим рівнем, через рік на 25,8 (95 % ДІ 11,7 – 25,8) % та 36,9 (95 % ДІ 36,4 – 44,7) % за медіанним значенням відповідно.

Реваскуляризація міокарда у групі СКА порівняно із пацієнтами, яким виконували АКШ, приводить до позитивної динаміки симптомів ІХС у вигляді наявності частки хворих без стенокардії (8,2 % мали 100 % за шкалою TC / AF) та більшості (60,0 %) з щомісячними нападами стенокардії, тоді як у групі АКШ така ж кількість обстежених (63,9 %) має щотижневі напади ($p < 0,001$).

Доцільною є оцінка результатів обстеження за шкалами Сіетльського опитувальника з використанням критеріїв клінічно значимої різниці: за шкалою FA / PL у 8 балів та більше; за шкалою CC / AS у 25 балів та більше; за шкалою TC / AF у 20 балів та більше; за шкалою OL / TS у 12 балів та більше; за шкалою CX / DP у 16 балів та більше. Вона показує, що група медикаментозного лікування має клінічно значиме поліпшення показників для чверті пацієнтів за шкалами стабільності та частоти нападів стенокардії, оцінки лікування, однак суттєво поступається за цими показниками групі СКА.

У групі стентування коронарних артерій частка пацієнтів, які мали клінічно значне поліпшення в межах кожного домену, через 3 місяці після лікування перевищувала 60,0 %, через рік – 80,0 %, а загалом у довгостроковому періоді частка хворих з клінічно значущими поліпшеннями за всіма шкалами SAQ склала у групі СКА 81,9 %, тоді як у групі АКШ 32,9 % ($p < 0,001$).

Отже, через рік після отриманого лікування, меншу кількість симптомів і поліпшення стану здоров'я, якості життя відзначають пацієнти з реваскуляризацією міокарду, більшою мірою після СКА порівняно з АКШ. Клінічно значуще покращення ЯЖ виступає вагомим аргументом на користь виконання стентування коронарних артерій або АКШ у пацієнтів, хворих на ІХС. Тоді як група медикаментозного лікування потребує пильної уваги щодо свого ставлення до хвороби, і вимагає проведення додаткових заходів для поліпшення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ivanjuk NB. Predyktory pokrashennia systolichnoi' funkcii' livogo shlunochka ta jakosti zhyttja u pacijentiv z ishemichnoju hvorobojou sercja i sercevoju nedostatnistju pislja revaskuljaryzacji' miokarda [avtoreferat]. Kyi'v: Nac. med. akad. pisljadyplom. osvity im. P. L. Shupyka; 2017. 24 s.
2. Kudrja IP, Shevchenko TI. Ocinka perebigu ta jakosti zhyttja u hvoryh na ishemichnu hvorobu sercja pislja stentuvannja koronarnyh arterij. Aktual'ni problemy suchasnoi' medycyny. 2014; 14(2): 19-22.
3. Myhajlovskaja NS, Lytyvnenko VA, Mel'nyk AY. Vzajmosvjaz' trevozhno-depressyvnih rasstrojstv s techenyem yshemicheskoj bolezny serdca, komorbydnoj s metabolycheskym syndromom. Zaporozhskij medycynskij zhurnal. 2015; 5: 23-27.
4. Rebrova OJu. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA. M.: Media-Sfera; 2006. 312 s.
5. Terenda NO, Petrashyk JuM. Porivnja'na ocinka efektyvnosti intervencijnogo metodu likuvannja hvoryh na infarkt miokarda za dany-ny Ternopil's'koj oblasti. Shpytal'na hirurgija. 2017; 1: 91-95.
6. Chumachenko NV. Kliniko-genetychni asociacii' efektyvnosti kardiocytoprotekornoj terapii' u pacijentiv z gostrym koronarnym syndromom bez stjiko'j elevacii' segmentu ST ta metabolicnym syndromom, jaki perenesly cherezshkirne koronarne vtruchannja [avtoreferat]. Kyi'v: Nac. med. akad. pisljadyplom. osvity im. P. L. Shupyka; 2017. 26 s.
7. Wyrwich KW, Spertus JA, Kroenke K, Tierney WM, Babu AN, Wolinsky FD. Clinically important differences in health status for patients with heart disease: an expert consensus panel report. Am Heart J. 2004 Apr;147(4):615-22.
8. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonnell M, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. J Am Coll Cardiol. 1995 Feb;25(2):333-41.
9. Weintraub WS, Spertus JA, Kolm P, Maron DJ, Zhang Z, Jurkovic Z, et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. N Engl J Med. 2008 Aug 14;359(7):677-87. doi: 10.1056/NEJMoa072771.
10. Favaro ME, Hueb W, Boden WE, Lopes N, Nogueira CR, Takiuti M, et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: A comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. Int J Cardiol. 2007 Apr 4;116(3):364-70. Epub 2006 Jul 28.
11. Yang LX, Zhou YJ, Wang ZJ, Li YP, Chai M. Impact of invasive treatment strategy on health-related quality of life six months after non-ST-elevation acute coronary syndrome. J Geriatr Cardiol. 2014 Sep;11(3):206-11. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2014.03.003.
12. Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. Nurs Res. 2006 Jan-Feb;55(1):26-33.
13. Mitchell JD, Brown DL. Harmonizing the Paradigm With the Data in Stable Coronary Artery Disease: A Review and Viewpoint. J Am Heart Assoc. 2017 Nov 13;6(11). pii: e007006. doi: 10.1161/JAHA.117.007006.
14. Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi HM, Sen S, Tang K, Davies J, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2018 Jan 6;391(10115):31-40. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32714-9. Epub 2017 Nov 2.
15. Abdallah MS, Wang Kaijun MSc, Magnuson EA, Spertus JA, Farkouh ME, FusterV, et al. Quality of Life after PCI vs. CABG among Patients with Diabetes and Multivessel CAD: Results from the FREEDOM Trial. JAMA. 2013 Oct 16; 310(15): 1581-1590. doi: 10.1001/jama.2013.279208
16. Cohen DJ, Van Hout B, Serruys PW, Mohr FW, Macaya C, den Heijer P, et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. N Engl J Med. 2011 Mar 17;364(11):1016-26. doi: 10.1056/NEJMoa1001508.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Н.О. Перцева, Л.О. Хрусталева

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр

Цель работы - оценка клинически значимых изменений качества жизни (КЖ) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после реваскуляризации миокарда по сравнению с медикаментозной терапией.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 215 больных ишемической болезнью сердца, у которых проводилась оценка качества жизни по Сизтлскому опроснику (SAQ). Пациентов

разделили на три группы: больные, которым проводилось аортокоронарное шунтирование (АКШ); больные, которым проводилось стентирование коронарных артерий (СКА) и группа медикаментозной терапии.

Результаты. Оценка результатов обследования по шкалам Сизтлского опросника с использованием критериев клинически значимой разницы показала, что больные группы СКА имели клинически значимое улучшение в пределах каждого домена SAQ: через 3 месяца после лечения по всем шкалам у 60,0% обследованных, через год - в 80,0%. Через 1 год доля больных с клинически значимыми улучшениями по всем шкалам SAQ составила в группе СКА 81,9%, в группе АКШ 32,9% ($p < 0,001$).

Выводы. Клинически значимое улучшение КЖ выступает весомым аргументом в пользу выполнения стентирования коронарных артерий (приоритетная стратегия лечения) или АКШ у пациентов с ИБС.

SUMMARY

CLINICALLY SIGNIFICANT CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AFTER MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

N.O. Pertseva, L.O. Khrustaleva

State institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", the city of Dnipro

The goal of the study was to evaluate clinically significant changes in the quality of life (QOL) in patients with coronary heart disease (CHD) after myocardial revascularization compared with drug therapy.

Materials and methods of research. The study included 215 patients with coronary heart disease who underwent a quality of life assessment according to the Seattle questionnaire (SAQ). Patients were divided into three groups: patients undergoing aortocoronary bypass surgery (CABG); patients who underwent stenting of the coronary arteries (SCA) and a group of drug therapy.

Results. Evaluation of the results of the survey on the scales of the Seattle questionnaire using the criteria of clinically significant difference showed that the patients of the SCA group had clinically significant improvement within each SAQ domain: in 3 months after treatment on all scales in 60.0% of the examined, in a year - in 80, 0%. After 1 year, the proportion of patients with clinically significant improvements in all SAQ scales was 81.9% in the SCA group, 32.9% in the CABG ($p < 0.001$).

Conclusions. Clinically significant improvement of QOL is a weighty argument in favor of coronary artery stenting (a priority treatment strategy) or CABG in patients with ischemic heart disease.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

- Перцева Наталя Олегівна – д.мед.н, професор, завідувача ендокринології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», e-mail: endocrinology@dma.dp.ua

Стаття надійшла до редакції 12.01.2018.

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com