

ВПЛИВ КОРОНАРНОГО СТЕНТУВАННЯ НА ВІДДАЛЕНІ ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ*Л.В. Распутіна, Д.В. Діденко*

Вінницький національний медичний університеті ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Ключові слова:*стабільна ішемічна хвороба серця, якість життя, реваскуляризація.**Буковинський медичний вісник. 2020. Т.24, № 3 (95), С. 87-95.***DOI:***10.24061/2413-0737.XXIV.3.95.2020.77***E-mail:***l.v.rasputina@gmail.com, larchyk@gmail.com***Мета роботи** – оцінити вплив черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) на параметри якості життя (ЯЖ) у пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС).**Матеріал і методи.** Обстежено 175 осіб із стабільною ІХС, I групу склали 77 осіб, котрим виконувалось ЧКВ протягом 1 року, II групу – 98 пацієнтів, котрим реваскуляризація міокарда не виконувалась. Під час дослідження всім пацієнтам виконано загальноклінічне обстеження, реєстрацію ЕКГ у стандартних 12 відведеннях, ехокардіографія (ЕхоКГ), добове моніторування ЕКГ із визначенням варіабельності серцевого ритму, визначення параметрів ЯЖ за українською версією міжнародного опитувальника Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36).**Результати.** Встановлено, що для пацієнтів із стабільною ІХС характерно зниження всіх показників ЯЖ. Не виявлено достовірної відмінності за параметрами ЯЖ осіб, котрим виконувалось ЧКВ, та пацієнтів, котрим реваскуляризація не проводилась. Спостерігалась тенденція до більшого обмеження життєдіяльності через фізичні проблеми в групі осіб без реваскуляризації – (13,9±3,6) балів проти (22,3±4,9) балів у групі I, (p=0,16). Фізичний статус пацієнтів I групи становив (44,8±2,8) балів, осіб II групи – (41,7±2,6) балів, p=0,42. Психічний статус складав в I групі (36,8±1,8) балів, у II групі – (35,1±2,0) балів, (p=0,54). Загальний статус осіб, котрим виконувалась реваскуляризація, становив (61,6±3,1) балів, осіб без реваскуляризації – (62,7±3,2) балів, (p=0,8). Встановлено зворотний зв'язок фізичного статусу пацієнтів з ІХС з віком (r=-0,36), наявністю хронічних захворювань органів дихання (r=-0,41), наявністю шлуночкової екстрасистолії (ШЕ) при записі ЕКГ (r=-0,25), а також кількістю ШЕ протягом доби за даними добового моніторування (r=-0,29), кількістю парних ШЕ (r=-0,27), кількістю епізодів шлуночкової бігемінії (r=-0,23) та тригемінії (r=-0,26).**Висновки.** В осіб із стабільною ішемічною хворобою серця відзначається зниження фізичного, психічного та загального статусу якості життя за опитувальником MOS SF-36. Показники якості життя пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця, котрим протягом року виконано черезшкірне коронарне втручання, достовірно не відрізняються від параметрів осіб, котрим реваскуляризація не проводилась. Фізичний та психічний статус пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця найбільше пов'язаний із віком, наявністю супутньої хронічної патології, шлуночковими порушеннями серцевого ритму.**Ключевые слова:***стабильная ишемическая болезнь сердца, качество жизни, реваскуляризация.***ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ НА ОТДАЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА***Л.В. Распутіна, Д.В. Діденко*

Оригінальні дослідження

Буковинський медичний вісник. 2020. Т.24, № 3 (95), С. 87-95.

Цель работы – оценить влияние чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на параметры качества жизни (КЖ) у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 175 человек со стабильной ИБС, I группу составили 77 человек, которым выполнялось ЧКВ в течение 1 года, II группу - 98 пациентов, которым реваскуляризация миокарда не выполнялась. В ходе исследования всем пациентам выполнено общеклиническое обследование, регистрация ЭКГ в стандартных 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ с определением вариабельности сердечного ритма, оценка параметров КЖ по украинской версии международного опросника Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36).

Результаты. Установлено, что для пациентов со стабильной ИБС характерно снижение всех показателей КЖ. Не выявлено достоверного различия по параметрам КЖ лиц, которым выполнялось ЧКВ и пациентов, которым реваскуляризация не проводилась. Наблюдалась тенденция к большему ограничению жизнедеятельности из-за физических проблем в группе лиц без реваскуляризации – (13,9±3,6) баллов против (22,3±4,9) баллов в группе I ($p=0,16$). Физический статус пациентов I группы составил (44,8±2,8) баллов, лиц II группы – (41,7±2,6) баллов, $p=0,42$. Психический статус составлял в первой группе (36,8±1,8) баллов, во II группе – (35,1±2,0) баллов ($p=0,54$). Общий статус лиц, которым выполнялась реваскуляризация, составил (61,6±3,1) баллов, лиц без реваскуляризации – (62,7±3,2) баллов ($p=0,8$). Установлена обратная связь физического статуса с возрастом пациентов ($r=-0,36$), наличием хронических заболеваний органов дыхания ($r=-0,41$), наличием желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) при записи ЭКГ ($r=-0,25$), а также количеством ЖЭ в течение суток по данным суточного мониторирования ($r=-0,29$), количеством парных ЖЭ ($r=-0,27$), количеством эпизодов желудочковой бигеминии ($r=-0,23$) и тригеминии ($r=-0,26$).

Выводы. У лиц со стабильной ишемической болезнью сердца отмечается снижение физического, психического и общего статуса качества жизни по опроснику MOS SF-36. Показатели качества жизни пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца, которым в течение года было выполнено чрескожное коронарное вмешательство, достоверно не отличаются от параметров лиц, которым реваскуляризация не проводилась. Физический и психический статус пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца более всего взаимосвязан с возрастом, наличием сопутствующей хронической патологии, желудочковыми нарушениями сердечного ритма.

Key words: stable ischemic heart disease, quality of life, revascularization.

Bukovinian Medical Herald. 2020. V.24, № 3 (95). P. 87-95.

THE IMPACT OF CORONARY STENTING ON LONG-TERM QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STABLE CORONARY HEART DISEASE

L.V. Rasputina, D.V. Didenko

The purpose of the work is to assess the impact of percutaneous coronary intervention (PCI) on quality of life (QOL) parameters in patients with stable coronary heart disease (CHD).

Material and methods. 175 people with stable CHD were examined, group I consisted of 77 people who underwent PCI for 1 year, group II - 98 patients who did not undergo myocardial revascularization. During the study, all patients underwent general clinical examination, ECG recording in standard 12 leads, echocardiography (ECHO CG), daily ECG monitoring to determine heart rate variability, determination of QOL parameters according to the Ukrainian version of the international questionnaire Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36).

Results. It was established that for patients with stable CHD is characterized by a decrease in all indicators of QOL. No significant difference was found in the parameters of QOL of persons who underwent PCI and patients who were not revascularized. There was a tendency to greater limitation of vital activity due to physical problems in the group of persons without revascularization - (13.9 ± 3.6) points against (22.3 ± 4.9) points in group I, ($p = 0.16$). The physical status of patients of group I was (44.8 ± 2.8) points, persons of group II - (41.7 ± 2.6) points, $p = 0.42$. Mental status was in group I (36.8 ± 1.8) points, in group II - (35.1 ± 2.0) points ($p = 0.54$). The general status of persons who underwent revascularization was (61.6 ± 3.1) points, persons without revascularization - (62.7 ± 3.2) points ($p = 0.8$). The negative correlation of physical status with the age of patients ($r = -0.36$), the presence of chronic respiratory diseases ($r = -0.41$), the presence of ventricular extrasystoles (VE) when recording the ECG ($r = -0.25$), as well as the number of VE during the day according to daily monitoring ($r = -0.29$), the number of paired VE ($r = -0.27$), the number of episodes of ventricular bigeminy ($r = -0.23$) and trigeminy ($r = -0.26$).

Conclusions. In persons with stable CHD there is a decrease in physical, mental and general status of QOL according to the questionnaire MOS SF-36. The QOL values of patients with stable CHD who underwent PCI during the year do not differ significantly from the parameters of persons who did not undergo revascularization. The physical and mental status of patients with stable CHD is most associated with age, the presence of concomitant chronic pathology, ventricular arrhythmias.

Вступ. За даними офіційної української статистики, поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) становить до 22%, з них стабільна стенокардія складає третину випадків [1]. Реваскуляризаційні втручання шляхом стентування або аортокоронарного шунтування (АКШ) мають на меті зменшення симптомів ішемії, покращення якості життя (ЯЖ) пацієнтів, підвищення переносимості фізичних навантажень та є більш ефективними, ніж лише медикаментозне лікування [2]. На ЯЖ пацієнтів з ІХС впливає багато факторів, як соматичних, так і психологічних, зокрема, частота симптомів ішемії міокарда, обмеження працездатності, потреба в амбулаторному та стаціонарному лікуванні. Але існують і зворотні дані, що низька ЯЖ пацієнтів, котрі перенесли реваскуляризацію, є потужним предиктором госпіталізації протягом 3-річного періоду спостереження [3]. Такі результати доводять взаємообтяження симптомів недостатності коронарного кровообігу і низької ЯЖ та

демонструють потребу в комплексній оцінці стану пацієнта.

За даними літератури, вплив реваскуляризації шляхом черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) на ЯЖ залишається суперечливим [3, 4]. Для оцінки ЯЖ пацієнтів із ІХС використовуються різні опитувальники – як більш специфічні, наприклад, Seattle Angina Questionnaire (SAQ), WHOQOL-Bref, Мінесотський опитувальник, так і анкети, що можуть бути застосовані за різних патологій та їх поєднань, зокрема MOS SF-36 [5-9]. Дослідники повідомляють про покращення показників ЯЖ пацієнтів через 6 місяців після ЧКВ порівняно із даними до реваскуляризації [5], підвищення ЯЖ через 12 місяців після ЧКВ з приводу хронічних оклюзій коронарних артерій (КА) [7]. Аналіз ЯЖ пацієнтів, котрим виконувалась реваскуляризація, демонструє швидке зростання показників протягом місяця після ЧКВ, але віддалені результати (протягом 5 років) достовірно кращі в осіб, котрі перенесли АКШ [6]. У

Оригінальні дослідження

той же час, у пацієнтів із багатосудинним ураженням КА та супутнім цукровим діабетом (ЦД), виявлено дещо більше зростання показників ЯЖ протягом двох років після АКШ порівняно із стентуванням, частково через велику кількість повторних ЧКВ [10].

Порівняння показників ЯЖ за Сієтлівським опитувальником (SAQ) у дослідженні понад 4500 пацієнтів продемонструвало більший вплив інвазивної стратегії на ЯЖ, пов'язану із симптомами ішемії міокарда, хоча і в пацієнтів у групі консервативного лікування відзначалось достовірне покращення протягом 36 місяців спостереження [4].

Дослідження, засноване на оцінці даних понад 2 тис. пацієнтів із стабільною ІХС, продемонструвало покращення ЯЖ пацієнтів за SAQ як у групі медикаментозної терапії, так і в групі медикаментозної терапії+ЧКВ, але автори зазначають, що ЯЖ найбільш тісно пов'язана із віком, початковими симптомами, цукровим діабетом, площею ураження коронарних судин та міокарда [11]. Інше ж дослідження вказує на відсутність впливу коморбідної патології, кількості факторів ризику та післяопераційних ускладнень на ЯЖ пацієнтів більш ніж як через 6 місяців після АКШ [11].

Автори дослідження ЯЖ пацієнтів після АКШ вказують, що підвищення ЯЖ даного контингенту залежить від індивідуальних поведінкових змін і важливе значення тут має просвітницька робота медичного персоналу для формулювання правильних стратегій способу життя пацієнтів [13].

Велика кількість робіт присвячена вибору тактики ревазуляризації міокарда та їх впливу на ЯЖ пацієнтів з ІХС. Динаміка показників ЯЖ значно відрізняється залежно від початкової клінічної картини ІХС, ургентності, типу та повноти ревазуляризації. Зокрема, у випадку багатосудинного ураження КА як часткова, так і повна ревазуляризації мали позитивний вплив на параметри ЯЖ, що оцінювались за MOS SF-36 [14]. Дослідження ЯЖ пацієнтів із ураженням передньої міжшлуночнової гілки лівої КА виявило подібні показники ЯЖ через 36 місяців після ревазуляризації в групі АКШ та в групі ЧКВ, тоді як у перший місяць після втручання ЧКВ було асоційовано із кращим рівнем ЯЖ [15].

Мета роботи. Оцінити вплив ЧКВ на параметри ЯЖ у пацієнтів із стабільною ІХС.

Матеріал і методи. Обстежено 175 осіб із стабільною ІХС, які були розподілені на дві репрезентативні групи. До I групи увійшли 77 осіб середнього віку (60,5±1,06) років, котрим виконувалось ЧКВ протягом року. Групу II склали 98 пацієнтів середнього віку (63,2±0,91) років, котрим ревазуляризація міокарда не виконувалась.

Критерії включення пацієнтів у дослідження: діагностована ІХС відповідно до Наказу МОЗ України №152 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації

медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця», Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця» від 02.03.2016 року [1], вік понад 40 років, синусовий ритм на час включення в дослідження, підписана інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення: гострий інфаркт міокарда (ІМ)<6 міс. від моменту включення в дослідження, гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК)<6 міс., оперативні втручання <6 міс., втручання по ревазуляризації КА (стентування, АКШ) <6 міс., СН ІІБ-ІІІ стадії, ІVФК за NYHA, хронічні захворювання в стадії декомпенсації, клапанні вади із потребою оперативного лікування та протезовані клапани, імплантовані штучні водії ритму, вік понад 80 років.

Характеристика обстежених наведена в таблиці 1. В обох групах переважали чоловіки – 57 (74%) у I групі та 64 (65,3%) у II групі, жінок було 20 (26%) та 34 (34,7%) відповідно (p=0,28). Середня тривалість захворювання на ІХС становила (6,3±0,9) років у I

Таблиця 1

Характеристика обстежених

Показник	Група I, n=77	Група II, n=98	p
Вік, роки	60,5±1,2	63,2±1,5	0,052
Чоловіки, абс., %	57 (74%)	64 (65,3%)	0,28
Середній вік чоловіків, роки	60,2±2,3	61,1±2,1	0,45
Жінки, абс., %	20 (26%)	34 (34,7%)	0,28
Середній вік жінок, роки	70,3±1,9	68,2±2,0	0,52
Стаж ІХС, роки	6,3±0,9	7,9±0,8	0,06
Інфаркт міокарда в анамнезі	48 (62,3%)	67 (68,4%)	0,22
СН I ФК, абс., %	30 (38,9%)	37 (37,7%)	0,44
СН ІА ФК, абс., %	47 (61,1%)	61 (62,2%)	0,44
Гіпертонічна хвороба, абс., %	70 (90,1%)	93 (94,9%)	0,42
Хронічні захворювання органів дихання, абс., %	16 (20,7%)	25 (25,5%)	0,08
Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, абс., %	7 (9,1%)	13 (13,2%)	0,13
Цукровий діабет абс., %	7 (9,1%)	15 (15,3%)	0,09
Ожиріння, абс., %	28 (36,4%)	39 (39,8%)	0,28
ГПМК в анамнезі, абс., %	2 (2,6%)	3 (3,1%)	0,52

Примітки:

1. Дані кількісних показників представлені як (M±m) – середнє значення ± математична похибка;
2. Достовірною вважалась різниця при p<0,05.

групі та (7,9±0,8) років у II групі (p=0,062), ІМ в анамнезі мали 48 (62,3%) пацієнтів у групі I та 67 (68,4%) у групі II (p=0,22). У дослідження були включені пацієнти із серцевою недостатністю (СН) I-IIA стадії за Стражеско-Василенко, достовірної відмінності за стадіями СН у групах I та II не було (p=0,22). Більшість обстежених мали супутню патологію, а саме: хронічні захворювання органів дихання – 20,7% та 25,5% відповідно (p=0,086), хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту – 9,1% та 13,2% відповідно (p=0,13). Цукровий діабет (ЦД) виявлений у 9,1% пацієнтів I групи та в 15,3% осіб II групи (p=0,09). Гіпертонічну хворобу (ГХ) діагностували у 90,1% осіб I групи та 94,9% осіб II групи (p=0,42), середній рівень офісного артеріального тиску (АТ) достовірно не відрізнявся у пацієнтів I та II груп.

Всі пацієнти отримували базисну терапію стабільної ІХС без достовірної відмінності між групами (табл.2). Більшість пацієнтів приймали антитромбоцитарну та статинотерапію: препарати ацетилсаліцилової кислоти (АСК) отримували 65 (84,4%) осіб I групи та 86 (87,8%) – II групи (p=0,52), клопидогрель або тикагрелор – 44 (57,1%) та 45 (45,9%) відповідно (p=0,14). Статини, а саме аторвастатин чи розувастатин мали місце у 60 (77,9%) осіб I групи та в 75 (76,5%) пацієнтів II групи (p=0,68). Кількість пацієнтів, що приймали β-блокатори, становила 45,5% у I групі та 52% у II групі (p=0,38).

Проведено аналіз ступеня ураження коронарних артерій (КА) та повноти ревазуляризації міокарда в пацієнтів I групи, оскільки за даними літератури ці показники значно впливають на ЯЖ (табл. 3). У 22 (28,6%) осіб спостерігалось одностудинне ураження та у 55 (71,4%) пацієнтів – ураження двох та більше КА. Не у всіх пацієнтів проведено ЧКВ забезпечувало повну ревазуляризацію – у 45 (58,4%) випадках вона була частковою, а в 32 (41,5%) – повною.

Під час дослідження всім пацієнтам виконано загальноклінічне обстеження, реєстрацію електрокардіограми (ЕКГ) у стандартних 12 відведеннях (електрокардіограф «Юкард-200», «ЮАС», Україна), ехокардіографія (ЕхоКГ) на апараті «Logiq-500» (фірми GE, США), добове моніторування ЕКГ із визначенням варіабельності серцевого ритму (апарат DiaCard 03500, Солвейг, АОЗТ м. Київ), визначення параметрів ЯЖ за українською версією міжнародного опитувальника Medical Outcomes Study Short Form (MOS SF-36).

Даний опитувальник дозволяє оцінити ЯЖ осіб із різними нозологіями та порівняти показники із популяцією здорових осіб віком від 14 років та старше. Опитувальник орієнтований на визначення 8 комплексних параметрів ЯЖ, які найбільш часто використовуються в популяційних дослідженнях та найбільш чутливі до змін стану здоров'я людини. Опитувальник MOS SF-36 містить 36 запитань, що об'єднані у шкали: фізичне функціонування (ФФ),

роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), біль (Б), загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (ЖЗ), соціальна активність (СА), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ), порівняння самовідчуття з попереднім роком (ПР). Фізичному компоненту здоров'я відповідають ФА, РФ та Б, психологічний компонент характеризують СА, РЕ та ПЗ, ЖЗ та ЗЗ корелюють з обома компонентами, ПР дає змогу прослідкувати динаміку здоров'я протягом року. Максимальне значення для всіх шкал – 100 балів, що характеризують повне здоров'я. Анкета містить сумарні виміри – фізичний статус (ФС) психічний статус (ПС) та загальний статус (ЗС). Показники розраховані на визначення складових здоров'я протягом 4 тижнів до проведення опитування.

Статистична обробка даних виконана з використанням пакета статистичних програм STATISTICA 7.0 та Microsoft Excel. Показники наведені як «середнє значення ± стандартна похибка середньої величини» ($M \pm m$), медіана та інтерквартильний інтервал між 25-м та 75-м персантилями. Достовірними вважали результати порівнянь при значенні ймовірності похибки (p)<0,05. У випадку нормального розподілу ознак для статистичного аналізу використовували параметричні методи – t-тест Стьюдента. Якщо показник мав ненормальний розподіл, були використані методи непараметричної статистики - U-тест Манна-Уїтні. Порівняння частот ознак між групами проведено з використанням критерію χ^2 . Оцінка зв'язків між показниками проведена за кореляційним аналізом Спірмена.

Результати дослідження на їх обговорення. Встановлено, що для пацієнтів із стабільною ІХС характерно зниження всіх показників ЯЖ. Не виявлено достовірної відмінності за параметрами ЯЖ осіб, котрим виконувалось ЧКВ, та пацієнтів, котрим ревазуляризація не проводилась. Спостерігалась тенденція до більшого обмеження життєдіяльності через фізичні проблеми в групі осіб без ревазуляризації – (13,9±3,6) балів проти (22,3±4,9) балів у групі I, (p=0,16), (табл. 4).

Привертає увагу значне зниження показників загального сприйняття здоров'я (ЗСЗ) пацієнтами та здоров'я в порівнянні з минулим роком (ПР) – із 100 можливих балів бал ЗСЗ становив (34,7±1,9) у I групі та (33,8±1,9) у II групі (p=0,73), а бал ПР був (34,0±3,4) та (29,8±2,4) відповідно (p=0,29).

При порівняльному аналізі сумарних показників ЯЖ встановлено, що фізичний статус пацієнтів I групи становив (44,8±2,8) балів, осіб II групи – (41,7±2,6) балів, p=0,42. Психічний статус був знижений більше, ніж фізичний та складав у I групі (36,8±1,8) балів, у II групі – (35,1±2,0) балів, (p=0,54). Загальний статус осіб, котрим виконувалась ревазуляризація, становив (61,6±3,1) балів, осіб без ревазуляризації – (62,7±3,2) балів, (p=0,8), (рисунок). Для виявлення взаємозв'язків фізичного статусу пацієнтів із стабільною ІХС та різними

Оригінальні дослідження

Таблиця 2

Базисне лікування ішемічної хвороби серця

Препарат	Група I, n=77	Група II, n=98	p
АСК, абс., %	65 (84,4%)	86 (87,8%)	0,52
Клопидогрель чи тикагрелор, абс., %	44 (57,1%)	45 (45,9%)	0,14
Статини, абс., %	60 (77,9%)	75 (76,5%)	0,68
В-блокатор, абс., %	35 (45,5%)	51 (52%)	0,38
Інгібітор АПФ, абс., %	24 (31,1%)	36 (36,7%)	0,44
Блокатори рецепторів ангіотензину II, абс., %	16 (20,7%)	21 (21,4%)	0,62

Примітка: достовірною вважалась різниця при $p < 0,05$.

Таблиця 3

Характеристика коронарного руслу пацієнтів після черезшкірного коронарного втручання

Показник	Група I, n=77
Односудинне ураження, абс., %	22 (28,6%)
Багатосудинне ураження, абс., %	55 (71,4%)
Повна ревазуляризація, абс., %	32 (41,5%)
Часткова ревазуляризація, абс., %	45 (58,4%)

Таблиця 4

Показники якості життя пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця

	Всі пацієнти, n=175	Група I, n=77	Група II, n=98	p
Фізичне функціонування, бал	54,8±2,2	55,9±3,1	53,8±3,0	0,64
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, бал	17,8±3,0	22,3±4,9	13,9±3,6	0,16
Біль загальний, бал	57,0±1,9	56,2±2,4	57,7±2,8	0,68
Соціальне функціонування, бал	68,7±2,1	69,6±2,6	67,9±3,1	0,67
Загальне розумове здоров'я, бал	58,9±1,8	58,8±2,6	59,1±2,7	0,95
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, бал	58,3±4,1	56,5±6,0	59,9±5,7	0,68
Енергія, втома, бал	37,7±1,7	39,3±2,25	36,4±2,6	0,41
Загальне сприйняття здоров'я, бал	34,2±1,4	34,7±1,9	33,8±1,9	0,73
Здоров'я в порівнянні з минулим роком, бал	31,7±2,0	34,0±3,4	29,8±2,4	0,29

Примітки:

- Дані кількісних показників представлені як ($M \pm m$) – середнє значення \pm математична похибка;
- Достовірною вважалась різниця при $p < 0,05$.

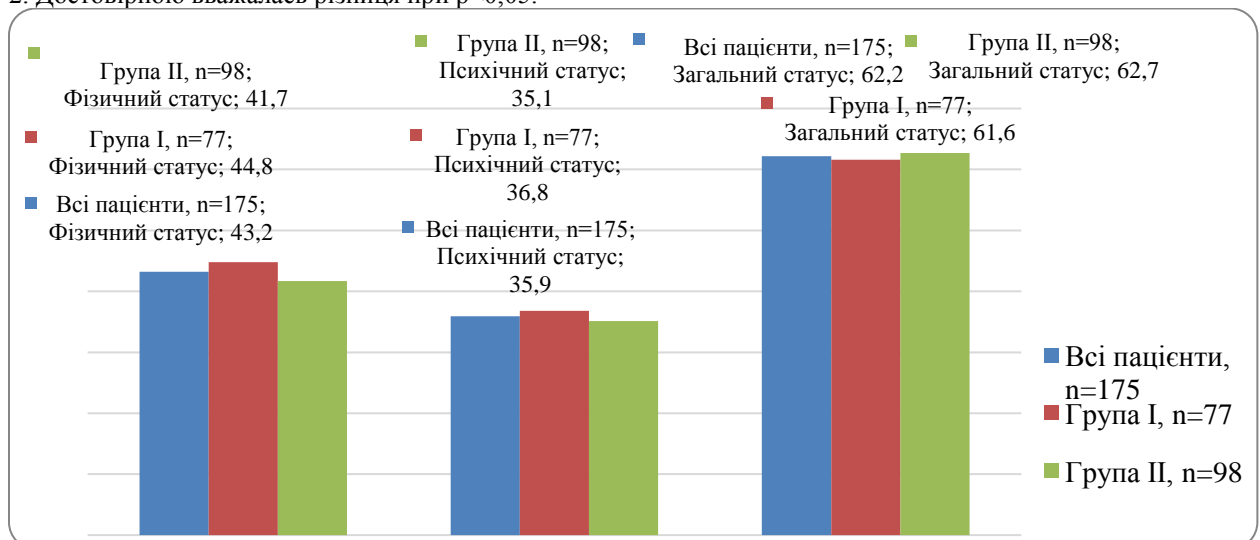


Рисунок. Сумарні шкали якості життя пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця

клініко- функціональними параметрами виконано кореляційний аналіз за Спірменом. Встановлено зворотний зв'язок середньої сили з віком пацієнтів ($r=-0,36$), наявністю хронічних захворювань органів дихання ($r=-0,41$), наявністю шлуночкової екстрасистоїї (ШЕ) при записі ЕКГ ($r=-0,25$), а також кількістю ШЕ протягом доби, за даними добового моніторингу ($r=-0,29$), кількістю парних ШЕ ($r=-0,27$), кількістю епізодів шлуночкової бігемінії ($r=-0,23$) та тригемінії ($r=-0,26$), (табл. 5). Психічний статус пацієнтів із стабільною ІХС взаємопов'язаний із віком ($r=-$

0,44), наявністю хронічних захворювань дихальної системи ($r=-0,48$), наявністю ШЕ за даними ЕКГ ($r=-0,23$), кількістю ШЕ протягом доби ($r=-0,25$), парних ШЕ ($r=-0,25$), кількістю епізодів шлуночкової бігемінії ($r=-0,27$) та тригемінії ($r=-0,23$). Встановлено прямий зв'язок середньої сили з циркадним індексом, за даними добового моніторингу ЕКГ ($r=0,29$), (табл. 6).

Загальний статус пацієнтів із стабільною ІХС демонстрував взаємозалежність лише з віком обстежених ($r=-0,34$) та наявністю супутньої патології ($r=-0,31$), (табл. 7).

Таблиця 5

Кореляційний зв'язок фізичного статусу та клініко-інструментальних показників пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця

Показник	Spearman R	p
Вік	-0,36	0,000067
Наявність хронічних захворювань дихальної системи	-0,41	0,000005
Наявність шлуночкової екстрасистоїї за даними ЕКГ	-0,25	0,014
Кількість шлуночкових екстрасистол за добу, за даними добового моніторингу	-0,29	0,003
Кількість парних шлуночкових екстрасистол за добу, за даними добового моніторингу	-0,27	0,007
Кількість епізодів шлуночкової бігемінії за добу, за даними добового моніторингу	-0,23	0,027
Кількість епізодів шлуночкової тригемінії за добу, за даними добового моніторингу	-0,26	0,012

Таблиця 6

Кореляційний зв'язок психічного статусу та клініко-інструментальних показників пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця

Показник	Spearman R	p
Вік	-0,44	0,000001
Наявність хронічних захворювань дихальної системи	-0,48	0,0000001
Наявність шлуночкової екстрасистоїї, за даними ЕКГ	-0,23	0,024
Циркадний індекс, за даними добового моніторингу	0,29	0,007
Кількість шлуночкових екстрасистол за добу, за даними добового моніторингу	-0,25	0,014
Кількість ранніх шлуночкових екстрасистол за добу, за даними добового моніторингу	-0,26	0,018
Кількість парних шлуночкових екстрасистол за добу, за даними добового моніторингу	-0,25	0,014
Кількість епізодів шлуночкової бігемінії за добу, за даними добового моніторингу	-0,27	0,008
Кількість епізодів шлуночкової тригемінії за добу, за даними добового моніторингу	-0,23	0,021

Таблиця 7

Кореляційний зв'язок психічного статусу та клініко-інструментальних показників пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця

Показник	Spearman - R	p
Вік	-0,34	0,0001
Наявність хронічних захворювань дихальної системи	-0,31	0,0006

Висновки

1. В осіб із стабільною ішемічною хворобою серця відзначається зниження параметрів якості життя за опитувальником MOS SF-36, зокрема фізичного статусу до 43,3 бала, психічного статусу до 35,9 бала, загального статусу до 62,2 бала.

2. Показники якості життя пацієнтів із стабільною

ішемічною хворобою серця, котрим протягом року виконано черезшкірне коронарне втручання, достовірно не відрізняються від параметрів осіб, котрим реваскуляризація не проводилась. Відзначається тенденція до підвищення бала фізичного функціонування, ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності в групі осіб після

Оригінальні дослідження

черезшкірного коронарного втручання.

3. Фізичний та психічний статус пацієнтів із стабільною ішемічною хворобою серця найбільше пов'язаний із віком, наявністю супутньої хронічної патології, шлуночковими порушеннями серцевого ритму.

Перспективи подальших досліджень.

Враховуючи значне зниження параметрів ЯЖ осіб із ІХС, доцільно звернути увагу на зміни ЯЖ пацієнтів залежно від частоти та вираженості симптомів основного захворювання та наявності супутньої патології, а також оцінити динаміку ЯЖ протягом більш тривалого періоду спостереження.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України № 152 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця» Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця» від 02.03.2016 [Електронний ресурс]. Доступно: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160302_0152.html.

2. Simoons ML, Windecker S. Controversies in cardiovascular medicine: chronic stable coronary artery disease: drugs vs. revascularization. *Eur Heart J*. 2010;31(5):530-41. DOI: 10.1093/eurheartj/ehp605.

3. Benzer W, Philippi A, Hoefler S, Friedrich O, Oldridge N. Health-related quality of life predicts unplanned rehospitalization following coronary revascularization. *Herz*. 2016;41(2):138-43. DOI: 10.1007/s00059-015-4351-y.

4. Spertus JA, Jones PG, Maron DJ, O'Brien SM, Reynolds HR, Rosenberg Y, et al. Health-Status outcomes with invasive or conservative care in coronary disease. *N Engl J Med*. 2020;382(15):1408-19. DOI: 10.1056/NEJMoa1916370.

5. Іваниук НБ. Клінічні характеристики та якість життя пацієнтів з ішемічною кардіоміопатією після аортокоронарного шунтування або стентування. *Український кардіологічний журнал*. 2017;1:32-42.

6. Kulik A. Quality of life after coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention: what do the trials tell us? *Curr Opin Cardiol*. 2017;32(6):707-14. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000458.

7. Ybarra LF, Dautov R, Gibrat C, Dandona S, Rinfret S. Midterm Angina-related quality of life benefits after percutaneous coronary intervention of chronic total occlusions. *Can J Cardiol*. 2017;33(12):1668-74. DOI: 10.1016/j.cjca.2017.08.008.

8. Gierszewska K, Jaworska I, Skrzypek M, Gąsior M, Pudło R. Quality of life in patients with coronary artery disease treated with coronary artery bypass grafting and hybrid coronary revascularization. *Cardiol J*. 2018;25(5):621-27. DOI: 10.5603/CJ.a2017.0081.

9. Rasputina LV, Didenko DV, Ovcharuk MV. Life quality parameters in patients with combination of stable ischemic heart disease and chronic obstructive pulmonary disease. *Wiad Lek*. 2018;71(8):1560-66. PMID: 30684341.

10. Abdallah MS, Wang K, Magnuson EA, Spertus JA, Farkouh ME, Fuster V. Quality of life after PCI vs CABG among patients with diabetes and multivessel coronary artery disease: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310(15):1581-90. DOI: 10.1001/jama.2013.279208.

11. Zhang Z, Jones P, Weintraub WS, Mancini GBJ, Sedlis S, Maron DJ, et al. Predicting the benefits of percutaneous

coronary intervention on 1-year angina and quality of life in stable ischemic heart disease: risk models from the courage trial (clinical outcomes utilizing revascularization and aggressive drug evaluation). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018;11(5):e003971. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.003971.

12. Pinheiro de Melo EM, Lopes Ferreira P. Quality of life 2 years after coronary revascularization. *Enferm Clin*. 2007;17(6):309-17. DOI: 10.1016/s1130-8621(07)71823-5.

13. Araújo HV, Figueirêdo TR, Costa CR, Silveira MM, Belo RM, Bezerra SM. Quality of life of patients who undergone myocardial revascularization surgery. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):257-64. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0201.

14. Chen N, Zhang JY, Yang SZ, Li YD. Impact of complete and incomplete revascularization on short- and long-term quality of life in patients with multivessel coronary artery disease. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016;20(21):4581-85.

15. Baron SJ, Chinnakondepalli K, Magnuson EA, Kandzari DE, Puskas JD, Ben-Yehuda O, et al. Quality-of-life after everolimus-eluting stents or bypass surgery for left-main disease: results from the EXCEL Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(25):3113-22. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.10.036.

References

1. Nakaz MOZ Ukrainy № 152 «Pro zatverdzhennia ta provodzhennia medyko-tehnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry stabil'ni ishemichnii khvorobi sertsia» Unifikovanyi klinichni protokoli pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy «Stabil'na ishemichna khvoroba sertsia» vid 02.03.2016 [Order of the Ministry of Health of Ukraine № 152 "On approval and implementation of medical and technological documents for standardization of medical care for stable coronary heart disease" Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care "Stable coronary heart disease" from 02.03.2016] [Internet]. Available from: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160302_0152.html. (in Ukrainian).

2. Simoons ML, Windecker S. Controversies in cardiovascular medicine: chronic stable coronary artery disease: drugs vs. revascularization. *Eur Heart J*. 2010;31(5):530-41. DOI: 10.1093/eurheartj/ehp605.

3. Benzer W, Philippi A, Hoefler S, Friedrich O, Oldridge N. Health-related quality of life predicts unplanned rehospitalization following coronary revascularization. *Herz*. 2016;41(2):138-43. DOI: 10.1007/s00059-015-4351-y.

4. Spertus JA, Jones PG, Maron DJ, O'Brien SM, Reynolds HR, Rosenberg Y, et al. Health-status outcomes with invasive or conservative care in coronary disease. *N Engl J Med*. 2020;382(15):1408-19. doi: 10.1056/NEJMoa1916370.

5. Ivaniuk NB. Klinichni kharakterystyky ta yakist' zhyttia patsientiv z ishemichnoiu kardiomiopatiieiu pislia aortokoronarnoho shuntuvannia abo stentuvannia [Clinical characteristics and quality of life of patients with ischemic cardiomyopathy after coronary artery bypass grafting or stenting]. *Ukrains'kyi kardiologichnyi zhurnal*. 2017;1:32-42. (in Ukrainian).

6. Kulik A. Quality of life after coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention: what do the trials tell us? *Curr Opin Cardiol*. 2017;32(6):707-14. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000458.

7. Ybarra LF, Dautov R, Gibrat C, Dandona S, Rinfret S. Midterm Angina-related quality of life benefits after

percutaneous coronary intervention of chronic total occlusions. *Can J Cardiol.* 2017;33(12):1668-74. DOI: 10.1016/j.cjca.2017.08.008.

8. Gierszewska K, Jaworska I, Skrzypek M, Gąsior M, Pudło R. Quality of life in patients with coronary artery disease treated with coronary artery bypass grafting and hybrid coronary revascularization. *Cardiol J.* 2018;25(5):621-27. DOI: 10.5603/CJ.a2017.0081.

9. Rasputina LV, Didenko DV, Ovcharuk MV. Life quality parameters in patients with combination of stable ischemic heart disease and chronic obstructive pulmonary disease. *Wiad Lek.* 2018;71(8):1560-66. PMID: 30684341.

10. Abdallah MS, Wang K, Magnuson EA, Spertus JA, Farkouh ME, Fuster V. Quality of life after PCI vs CABG among patients with diabetes and multivessel coronary artery disease: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2013;310(15):1581-90. DOI: 10.1001/jama.2013.279208.

11. Zhang Z, Jones P, Weintraub WS, Mancini GBJ, Sedlis S, Maron DJ, et al. Predicting the benefits of percutaneous coronary intervention on 1-year angina and quality of life in stable ischemic heart disease: risk models from the courage trial

(clinical outcomes utilizing revascularization and aggressive drug evaluation). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2018;11(5):e003971. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.003971.

12. Pinheiro de Melo EM, Lopes Ferreira P. Quality of life 2 years after coronary revascularization. *Enferm Clin.* 2007;17(6):309-17. DOI: 10.1016/s1130-8621(07)71823-5.

13. Araújo HV, Figueirêdo TR, Costa CR, Silveira MM, Belo RM, Bezerra SM. Quality of life of patients who undergone myocardial revascularization surgery. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):257-64. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0201.

14. Chen N, Zhang JY, Yang SZ, Li YD. Impact of complete and incomplete revascularization on short- and long-term quality of life in patients with multivessel coronary artery disease. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016;20(21):4581-85.

15. Baron SJ, Chinnakondepalli K, Magnuson EA, Kandzari DE, Puskas JD, Ben-Yehuda O, et al. Quality-of-life after everolimus-eluting stents or bypass surgery for left-main disease: results from the EXCEL Trial. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(25):3113-22. DOI: 10.1016/j.jacc.2017.10.036.

Відомості про авторів

Распутіна Леся Вікторівна – д-р. мед. н., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м.Вінниця, Україна.

Діденко Дар'я Вікторівна – канд. мед. н., асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, м.Вінниця, Україна.

Сведения об авторах

Распутина Леся Викторовна – д-р. мед. н., профессор кафедры пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г.Винница, Украина.

Диденко Дарья Викторовна – канд. мед. н., ассистент кафедры пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г.Винница, Украина.

Information about the authors

Rasputina Lesia Viktorivna – DM, professor of the Department of Propaedeutic of Internal Medicine, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine.

Didenko Daria Viktorivna – PhD, assistant of the Department of Propaedeutic of Internal Medicine, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine.

*Надійшла до редакції 04.06.20
Рецензент – проф. Глашук Т.О.
© Л.В. Распутіна, Д.В. Діденко, 2020*