СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Евтюхин И.Ю.¹, Рязанова С.В.², Дедов Д.В.^{1,3}, Эльгардт И.А.³

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, Россия, e-mail: dedov_d@inbox.ru

²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

³Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

Представлен научный обзор зарубежных и российских публикаций по исследованию качества жизни больных ишемической болезнью сердца. В обзоре проведено сравнение уже полученных данных при оптимальной медикаментозной терапии и интервенционном лечении: аорто-коронарном шунтировании и чрескожном коронарном вмешательстве. Показана зависимость характеристик качества жизни от выраженности симптомов стабильной стенокардии. Отражены гендерные особенности параметров качества жизни при длительном наблюдении. Выявлена связь между качеством жизни и возрастом, полом, методом лечения. Подчеркивается актуальность учета клинических данных конкретного больного. В обзоре выполнен анализ качества жизни в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения. Делается заключение, что тактика лечения должна определяться уменьшением частоты приступов стабильной стенокардии, повышением качества жизни и улучшением прогноза больных

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, отдаленное наблюдение

COMPARISON OF LIFE QUALITY PARAMETERS IN THE REMOTE PERIOD OF INTERVENTIONAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Yevtyukhin I.Y.¹, Ryazanova S.V.², Dedov D.V.^{1,3}, Elgardt I.A.³

¹ State Budget Educational Institution of Higher Professional Education "Tver State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, Tver, Russia, e-mail: dedov_d@inbox.ru

² Federal State Budget Institution "State Research Center of Preventive Medicine" of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

³ State Budget Health Care Institution in Tver Region "Regional Clinical Cardiologic Dispensary", Tver, Russia

It presents the scientific review of foreign and Russian publications studying life quality of patients with ischemic heart disease. The review compares the received data during optimal medical therapy and interventional treatment: coronary artery bypass surgery and percutaneous coronary intervention. The dependence of life quality characteristics on symptoms of stable angina is shown. Gender characteristics of life quality parameters during long-term monitoring are reflected. The association between the life quality and the age, sex and treatment method is found. The relevance of clinical data follow-up for a particular patient is emphasized. In this review, the analysis of life quality in the near and long-term monitoring is done. It is concluded that the tactics of treatment should be determined by the decrease in the frequency of stable angina attacks, increasing of life quality and improving of prognosis for patients.

Keywords: life quality, ischemic heart disease, remote monitoring

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) до сих пор остается ведущей проблемой здравоохранения большинства стран мира [14, 20, 27]. Прогрессирование коронарного атеросклероза проявляется приступами стенокардии, острым инфарктом миокарда (ОИМ), нарушением сердечного ритма, сердечной недостаточностью и внезапной смертью [17]. Медикаментозное лечение больных ИБС направлено на замедление роста атеросклеротических бляшек, профилактики их разрыва и тромбоза и, в конечном итоге, на

снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений (ССО) [2, 4]. Со второй половины XX века в клинической практике стали активно применяться хирургические процедуры реваскуляризации миокарда. Известно, что аорто-коронарное шунтирование (АКШ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) являются наиболее эффективными интервенционными методами лечения ИБС [1, 6]. Они выполняются с целью расширения стенозированного сосуда, восстановления кровотока в зоне ишемии и облегчение симптомов стабильной стенокардии (СС). При этом, у пациентов более высокого риска ранние АКШ и ЧКВ обеспечивают лучший по сравнению с начальной консервативной терапией результат, особенно в снижении смертности и развития ОИМ [16, 20]. Несомненно, что в основе различных методов ведения больных ИБС лежит снижение частоты СС, улучшение качества жизни (КЖ) и прогноза конкретного пациента [4, 6, 14]. Вместе с тем, отмечено, что снижение КЖ в определенной степени связано и с неблагоприятным клиническим исходом [19]. Однако, на наш взгляд, критерием эффективности примененных процедур должно быть повышение КЖ не только при краткосрочном, но и при отдаленном наблюдении [15]. Вместе с тем, анализ литературных данных свидетельствует о том, что изменения параметров КЖ больных ИБС на разных сроках после перенесенных АКШ и ЧКВ в сравнении с оптимальной медикаментозной терапией (ОМТ) не всегда однозначны и, по-видимому, нуждаются в более детальном изучении.

Так, в Польше [15] в исследование КЖ было включено 107 больных ИБС. У них было выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. Срок наблюдения составил 12 месяцев. Из указанных пациентов сформировали 2 группы: 1-я - 55 обследованных, перенесших АКШ; 2-ю - 52, получавших ОМТ. Отмечено, что в 1-й и 2-й группах от всех сердечно-сосудистых причин умерло 3 и 6 больных соответственно, а приступы СС в 1-й группе были у 5, а во 2-й – у 20 больных ($p=0,003$). Делается вывод о том, что по данным опросника SF-36 у пациентов высокого риска, перенесших АКШ, физическое, психическое состояние и жизнеспособность выше, чем у пациентов, получавших только ОМТ. Признается, что при краткосрочном наблюдении после ОМТ и АКШ КЖ улучшается. Однако, на отдаленных сроках это положение не столь очевидно и нуждается в уточнении [15].

В публикации из Австрии [11] приводятся результаты проспективного многоцентрового исследования КЖ у 432 мужчин и женщин с ИБС. Им были выполнены ЧКВ и АКШ. Анализ динамики КЖ провели через 1 и 3 месяца [11]. Получено, что частота приступов стенокардии снизилась в течение 1-й месяца независимо от метода лечения. Однако, положительную динамику КЖ после ЧКВ и АКШ наблюдали только через 1 и 3 месяца соответственно. На более поздних сроках это улучшение было не столь очевидным. В конечном итоге, авторы делают вывод, что КЖ в большей степени зависит не от метода

реваскуляризации, а от психоэмоционального состояния пациента [11].

Высказывается и иная точка зрения. Так, КЖ было изучено у 2287 больных стабильной ИБС из США [24]. Сформировали 2 группы: 1-я - пациенты, получавших ЧКВ и ОМТ, 2-ю – только с ОМТ. Длительность наблюдения составила 3 месяца. По завершении этого времени в 1-й группе показатель физического состояния оказался выше, чем во 2-й. У 1-х больных по сравнению со 2-ми выраженность приступов СС была ниже. Положительная динамика параметров КЖ у пациентов, перенесших ЧКВ, продолжалась в течение 24 месяцев. Однако, через 3 года различий между группами выявить не удалось [24]. При этом, даже при более длительных периодах наблюдения результаты эффективности ЧКВ и ОМТ оказались сопоставимы [23]. Таким образом, несмотря на, казалось бы, доказанность преимуществ коронарных вмешательств в краткосрочном периоде, их влияние на КЖ на длительных сроках наблюдения мало изучено [25].

При этом, авторы приводят детальный анализ КЖ и возникших ССО. Так, в Бразилии [25] было проведено исследование КЖ у 480 больных ИБС. Из них было сформировано 3 группы: 1-я – 161 пациент, перенесший хирургическую реваскуляризацию; 2-я – 166 обследованных, которым выполнено ЧКВ, 3-я – 153 пациента, получавших только ОМТ. Период наблюдения составил 4 года. Отмечено, что в 1-й группе 8,1% и 5,6% больных перенесли ОИМ и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) соответственно. У 18,6% наблюдались приступы СС, а 7,4% - умерли. Психическое и физическое состояние в указанной группе улучшилось в 72,7% и 82,6% наблюдений соответственно. Во 2-й группе: 10,9% и 3,6% перенесли ОИМ и ОНМК соответственно, 21% - имели СС, а 19,9% - умерли. Психический и физический компонент КЖ увеличился в 66,9% и 77,1 % случаев. В 3-й группе: 7,7% и 3,3% имели ОИМ и ОНМК, 25,6% отмечали приступы СС, а 12,1% - умерли. Улучшение психического и физического самочувствия было отмечено у 64,1% и 70,1% пациентов соответственно. Авторы делают вывод, что при 4-летнем периоде наблюдения больные, перенесшие хирургическую реваскуляризацию, по сравнению с другими методами лечения ИБС, имеют более высокое КЖ [25].

В статье из Литвы показано сравнение параметров КЖ у 167 пациентов, перенесших ОИМ [22]. Им были выполнены чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) и АКШ. Анализ КЖ проведен с помощью опросника SF-36. КЖ было изучено в зависимости от возраста, пола и метода лечения. Больных обследовали в начале реабилитации, через 6-, 12-, 18- и 24 месяца. Отмечено, что существенное улучшение КЖ отмечается в течение 6 месяцев после начала лечения. В основном, это ассоциировалось с урежением частоты приступов СС. В то же время, в психическом компоненте у мужчин и женщин положительной динамики выявить не удалось. Вместе с тем, мужчины отметили

увеличение физической активности. Хотя, спустя полгода динамика КЖ оказалась не столь очевидной. В итоге авторы признают, что КЖ у больных ИБС, перенесших ЧТКА и АКШ зависит от возраста, пола и метода лечения [22].

Вместе с тем, приводятся данные об изучении гендерных различий КЖ у пациентов с ИБС из Бразилии [9]. В исследование было включено 376 мужчин и 166 женщин. Всего сформировали 3 группы: 1-я – обследованные, перенесшие хирургическую реваскуляризацию; 2-я – больные, получавшие ОМТ; 3-я группа – пациенты, которым выполнена ЧТКА. Опрос КЖ был проведен в начале лечения, через 6 и 12 месяцев. Через полгода КЖ возросло у всех обследованных, причем, независимо от метода лечения. Однако, в 1-й и 3-й группе динамика КЖ оказалась более выраженной. Хотя, были найдены определенные особенности. Так, улучшение КЖ у мужчин наблюдали в течение 1 года, а у женщин только 6 месяцев. Результаты указанного исследования свидетельствуют о том, что интервенционная тактика лечения ИБС имеет определенные преимущества по сравнению с ОМТ. При этом, по-видимому, это положение у мужчин и женщин нуждается в уточнении [9].

При этом, в отдельных публикациях высказывается и иная точка зрения [21]. Авторы из Словакии признают, что, конечно, АКШ и ЧТКА улучшают КЖ. Однако, некоторые больные отмечают и его снижение после вмешательств. В их исследование было включено 106 пациентов. Срок наблюдения составил от 12 до 24 месяцев. Делается вывод, что, во многом, КЖ пациенты ассоциируют с изменением в после операционном периоде своего психосоциального статуса [21]. Вместе с тем, в Дании и Австралии проведено проспективное изучение КЖ после АКШ и ЧКВ [10]. Опрос был проведен в начале лечения и через 6 месяцев. Получено, что большая часть обследованных отметили значительное улучшение своего КЖ. Однако, у 27% больных наблюдалось снижение КЖ по сравнению с исходным. В итоге делается заключение, что результаты исследования КЖ не столь однозначны. При этом, необходима оценка его отдельных параметров. Более детальное изучение КЖ и создание клинически значимых стандартов поможет врачам определить тактику лечения больных ИБС [10].

В последнее десятилетие при ЧКВ стали широко использоваться стенты с лекарственным покрытием [12, 13, 18, 29]. Авторы из Нидерландов приводят результаты сравнения таких процедур реваскуляризации [26]. Из больных было сформировано 3 группы: 1-я – 585 пациентов, перенесших имплантацию стента, покрытого сиролимусом; 2-я – 483 больных с имплантированным непокрытым металлическим стентом; 3-я группа – 492 обследованных после АКШ. КЖ было изучено через 1, 6, 12 и 36 месяцев после вмешательства. Получено, что, в целом, уменьшение частоты приступов СС и улучшение

КЖ наблюдали независимо от метода лечения. Однако, у пациентов в 1-й группе КЖ было выше, чем во 2-й. Вместе с тем, КЖ в 1-й и 3-й группах оказались сопоставимы [26]. Хотя, учеными из США высказывается и иная точка зрения [8]. Они отмечают, что через 6 и 12 месяцев доля больных без СС после АКШ выше, чем после ЧКВ с использованием стентов покрытых паклитакселом [8]. Это вещество полностью рассасывается в течение 8 недель. Вследствие естественной эндотелизации стента уменьшается вероятность тромбоза коронарных сосудов. В конечном итоге, это позволяет ограничить срок двойной терапии клопидогрелем и аспирином до 6 месяцев. В другой статье авторы подчеркивают [15], что применение стентов с лекарственным покрытием дает возможность существенно снизить риск рестеноза. В целом, это может улучшить отдаленные результаты интервенционного лечения больных ИБС. Однако, вопросы изучения КЖ у указанных больных, по-видимому, также нуждаются в дополнительном освещении.

В отдельных публикациях приводятся данные изучения экономической эффективности при различных методах лечения ИБС [27]. Учеными из Бразилии приводятся результаты исследования MASS II. Всего в него включили 611 больных с многососудистым поражением коронарных сосудов и нормальной систолической функцией левого желудочка. Было сформировано 3 группы: 1-я – 203 больных, перенесших АКШ; 2-я – 205 обследованных, получивших ЧКВ; 3-я – 203 мужчины и женщины с ОМТ. Совокупные расходы оценивали во время 5-летнего наблюдения. Получено, что в 1-й, 2-й и 3-й группах затраты составили 24 614, 25831 и 16553 долларов США соответственно. Делается вывод, что ОМТ экономически более выгодна, чем ЧКВ и АКШ. При этом, при долгосрочном наблюдении расходы после ЧКВ и АКШ примерно сопоставимы [27].

Согласно рекомендациям Рабочей группы американских кардиологических сообществ, вмешательство оправдано, если его ожидаемый положительный эффект в отношении КЖ и прогноза превосходит нежелательные последствия [1]. Хотя, выбор между ОМТ, ЧКВ или АКШ у больных ИБС не всегда очевиден. Особенно, когда необходимость реваскуляризации не диктуется симптомами тяжелой ишемии миокарда. В таких случаях, тактика ведения пациента определяется улучшением его прогноза и КЖ [5, 7]. Авторы подчеркивают, что такое решение является одной из важных проблем кардиологии и кардиохирургии [1]. При этом, во многом, оно принимается и по результатам анализа совокупности клинических характеристик конкретного больного [1, 3].

Список литературы

1. Берштейн Л.Л., Катамадзе Н.О., Андреева А.Е. [и др.] Реваскуляризация или

консервативная тактика при стабильной ишемической болезни сердца: современный взгляд на проблему // Кардиология. – 2014. – №1. – С. 64-73.

2. Гаврилова Н.Е., Метельская В.А., Перова Н.В. [и др.] Взаимосвязь между выраженностью коронарного атеросклероза, факторами риска и маркерами атеросклеротического поражения каротидных и периферических артерий // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – №12(1). – С. 40-45.

3. Гайсенок О.В., Марцевич С.Ю. Определение показаний к проведению коронарографии у пациентов без клинических проявлений заболевания и больных стабильной стенокардией // Кардиология. – 2014. – №10. – С. 57-62.

4. Дедов Д., Мукайлов Н., Евтюхин И. Качество жизни у больных АГ и ИБС с фибрилляцией предсердий // Врач. – №7. – С. 72-74.

5. Дедов Д.В., Мазаев В.П., Рязанова С.В. [и др.] Исследование качества жизни при интервенционном и консервативном лечении больных стабильной стенокардией на отдаленных сроках наблюдения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – №5. – С. 31-36.

6. Alonso Martín JJ, Curcio Ruigómez A, Cristóbal Varela C [et al.]. Coronary revascularization: clinical features and indications // Rev Esp Cardiol. – 2005. – №58(2). – P. 198-216.

7. Borden WB, Redberg RF, Mushlin AI [et al.]. Patterns and intensity of medical therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention // JAMA. – 2011. – №305(18). – P.1882-9.

8. Cohen DJ, Van Hout B, Serruys PW [et al.]. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery // N Engl J Med. – 2011. – №364(11). – P.1016-26.

9. Favarato ME, Favarato D, Hueb WA [et al.]. Quality of life in patients with coronary artery disease: comparison between the genders // Rev Assoc Med Bras. – 2006. – №52(4). – P. 236-41.

10. Hawkes AL, Mortensen OS. Up to one third of individual cardiac patients have a decline in quality of life post-intervention // Scand Cardiovasc J. – 2006. – №40(4). – P. 214-8.

11. Höfer S, Doering S, Rumpold G [et al.]. Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. – 2006. – №13(3). – P. 398-406.

12. Jaffery Z, Prasad A, Lee JH [et al.]. Drug-eluting coronary stents - focus on improved patient outcomes // Patient Relat Outcome Meas. – 2011. – №2. – P.161-74.

13. Justice J, Yacono C. Use of drug-eluting stents for patients with coronary heart disease // JAAPA. – 2009. – №22(8). – P.30-4.

14. King SB 3rd, Marshall JJ, Tummala PE. Revascularization for coronary artery disease: stents versus bypass surgery // Annu Rev Med. – 2010. – №61. – P. 199-213.

15. Krecki R, Drozd J, Szcześniak P [et al.]. Quality of life in high-risk patients with stable multivessel coronary artery disease treated either medically or with coronary artery bypass graft surgery - 12-month follow-up // *Kardiologia Polska*. – 2010. – №68(1). – P. 22-30.
16. Laut KG, Kaifoszova Z, Kristensen SD. Status of Stent for Life Initiative across Europe // *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. – 2011. – №12(12). – P. :856-9.
17. Magro M, Garg S, Serruys PW. Revascularization treatment of stable coronary artery disease // *Expert Opin Pharmacother*. – 2011. – №12(2). – P. 195-212.
18. Rittger H, Rieber J, Kögler K [et al.]. Clinical outcome and quality of life after interventional treatment of left main disease with drug-eluting-stents in comparison to CABG in elderly and younger patients // *Clin Res Cardiol*. – 2011. – №100(5). – P. 439-46.
19. Schenkeveld L, Pedersen SS, van Nierop JW [et al.]. Health-related quality of life and long-term mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention // *Am Heart J*. – 2010. – №159(3). – P. 471-6.
20. Simoons ML, Windecker S. Controversies in cardiovascular medicine: Chronic stable coronary artery disease: drugs vs. revascularization // *Eur Heart J*. – 2010. – №31(5). – P. 530-41.
21. Škodová Z, van Dijk JP, Nagyová I [et al.]. Psychosocial predictors of change in quality of life in patients after coronary interventions // *Heart Lung*. – 2011. – №40(4). – P. 331-9.
22. Staniūtė M, Brožaitienė J. Changes in health-related quality of life among patients with coronary artery disease: a 2-year follow-up // *Medicina (Kaunas)*. – 2010. – №46(12). – P. 843-50.
23. Steven P. Sedlis, M.D., Pamela M. [et al.] Effect of PCI on Long-Term Survival in Patients with Stable Ischemic Heart Disease // *The New England Journal of Medicine*. – 2015. – №373(20). – P. 1937-46.
24. Stevenson C, Krone RJ, Humphrey J [et al.]. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease // *N Engl J Med*. – 2008. – №359(7). – P. 677-87.
25. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB [et al.]. Quality of life after surgical myocardial revascularization, angioplasty or medical treatment // *Arq Bras Cardiol*. – 2007. – №88(5). – P. 537-44.
26. Van Domburg RT, Daemen J, Morice MC [et al.]. Short- and long-term health related quality-of-life and anginal status of the Arterial Revascularisation Therapies Study part II, ARTS-II; sirolimus-eluting stents for the treatment of patients with multivessel coronary artery disease // *EuroIntervention*. – 2010. – №5(8). – P. 962-7.
27. Vieira RD, Hueb W, Hlatky M [et al.]. Cost-effectiveness analysis for surgical, angioplasty, or medical therapeutics for coronary artery disease: 5-year follow-up of medicine, angioplasty, or surgery study (MASS) II trial // *Circulation*. – 2012. – №126 (11 Suppl 1). – P.145-50.
28. Wong MS, Chair SY. Changes in health-related quality of life following percutaneous

coronary intervention: a longitudinal study // Int J Nurs Stud. – 2007. – №44(8). – P. 1334-42.

29. Xue C, Hu DY. Analysis of quality of life in elderly patients with coronary artery disease after drug-eluting stent implantation // Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. – 2012. – №40(2).– P.94-8.

Рецензенты:

Мазаев В.П., д.м.н., профессор, руководитель лаборатории рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Москва;

Красненков В.Л., д.м.н., профессор, зав.кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Тверь.