

УДК 616.127-005.4-036.868

## Оцінювання якості життя в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця

О.А. Єпанчинцева<sup>1, 2</sup>, Ю.А. Борхаленко<sup>1</sup>, О.Й. Жарінов<sup>2</sup>, Б.М. Тодуров<sup>1, 2</sup><sup>1</sup> ДУ «Інститут серця МОЗ України», Київ<sup>2</sup> Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** стабільна ішемічна хвороба серця, реваскуляризація, якість життя

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає провідні позиції в структурі смертності (63,1 %) та інвалідності (26,7 %) від серцево-судинних захворювань, зокрема в пацієнтів працездатного віку [11, 14]. Протягом останніх десятиліть доведено здатність низки засобів медикаментозної терапії та реваскуляризаційних втручань поліпшувати перебіг ІХС і перспективи виживання хворих [4, 6]. Утім, у пацієнтів з різними клінічними формами ІХС існують істотні відмінності впливу лікування на прогноз та клінічні симптоми. Найпоширеніша форма стабільної (хронічної) ІХС у клінічній практиці – це стенокардія, яка є чутливим індикатором перебігу хвороби і може суттєво погіршувати суб'єктивне сприйняття стану здоров'я пацієнта. У пацієнтів з ІХС клінічні симптоми, такі як біль і зниження толерантності до фізичного навантаження, нерідко поєднуються з чинниками ризику, виявами супутніх хвороб (зокрема артеріальної гіпертензії та цукрового діабету – ЦД), а також побічними ефектами медикаментозної терапії. Зумовлені всіма цими факторами фізичні, психічні та соціальні обмеження визначають важливість оцінювання асоційованої зі станом здоров'я якості життя (ЯЖ) як критерію тяжкості хвороби та ефективності її лікування [1, 9].

### Сучасні методи оцінювання якості життя

Основний інструмент оцінювання ЯЖ у сучасних клінічних дослідженнях – опитувальники. Придатність опитувальника для практичного застосування встановлюють за такими ознаками:

1. Охоплення (coverage) – висвітлення даних про основні, важливі для будь-якої особи сфери життєдіяльності – фізичну, психологічну, соціальну, духовну, фінансову тощо.

2. Надійність (reliability) – здатність забезпечувати стабільно точні виміри. Оцінюється за відтворенням результатів при повторних дослідженнях.

3. Валідність (validity) – ознака, наближена, але не тотожна значущості та придатності. Вона визначає, наскільки ефективно певний тест або методика вимірюють ту чи іншу властивість.

4. Реактивність (responsiveness) – здатність реагувати на будь-які зміни ЯЖ.

5. Чутливість (sensitivity) – здатність виявляти найменші відхилення досліджуваних показників від певної норми.

Сучасні опитувальники забезпечують інформацію про різні аспекти асоційованої зі станом здоров'я ЯЖ, що своєю чергою дає змогу систематично визначати ефективність певних засобів та методів лікування хворих. Розрізняють загальні та специфічні опитувальники (табл. 1). Загальні опитувальники охоплюють широке коло ознак, спільних для багатьох хвороб, наприклад, обмеження щодо виконання фізичних навантажень, наявність та ступінь вираження больового синдрому тощо. За допомогою загальних опитувальників ЯЖ при певних хворобах можна порівняти з такою в популяції здорових осіб [1, 2, 8, 13].

Для оцінювання ЯЖ у сучасних дослідженнях використовують такі загальні опитувальники:

Таблиця 1  
Основні характеристики найпоширеніших опитувальників якості життя [8]

Методика	Досліджувані аспекти ЯЖ	Спосіб і час заповнення
Sickness Impact Profile	Фізичні: здатність до самообслуговування, мобільність, незалежність від ліжкового режиму Психосоціальні: соціальні контакти, участь у громадському житті, рівень тривожності у поведінкових реакціях Інші аспекти: сон, відпочинок, прийом їжі, трудова діяльність, ведення домашнього господарства, дозвілля	Інтерв'ю або заповнення пацієнтом протягом 30 хв
McMaster Health Index Questionnaire	Фізичні: мобільність, самообслуговування, участь у громадському житті, загальне фізичне функціонування Соціальні: загальне благополуччя, трудова діяльність, виконання соціальних ролей, соціальна підтримка, загальне соціальне функціонування Емоційні: почуття самоповаги, оцінка якості взаємин з іншими людьми, оцінка особистих перспектив, негативні обставини життя, загальне емоційне функціонування	Заповнення пацієнтом протягом 20 хв
Nottingham Health Profile	Містить 6 основних розділів, що відображають такі аспекти: больові відчуття, фізичні здібності, сон, емоційні реакції, енергійність, соціальна ізоляція. Крім того, 6 додаткових розділів відображають вплив стану здоров'я на трудову діяльність, ведення домашнього господарства, взаємовідносини з іншими людьми, особисте життя, статеве життя, улюблені заняття, захоплення, активний відпочинок	Заповнення пацієнтом протягом 10 хв
Psychological General Well Being Index	Містить 6 основних розділів, що відображають рівень стресу, спричиненого станом здоров'я, задоволення життям, енергійність, ступінь сприятливого стану від дистресу, ступінь розслаблення або тривоги, рівень самоконтролю	Інтерв'ю або заповнення пацієнтом протягом 12 хв
General Health Rating Index	Містить 6 розділів, що відображають сприйняття свого здоров'я раніше і тепер, перспективи стану здоров'я, тривогу та неспокій з приводу стану здоров'я, ступінь стійкості до хвороби, тенденцію до сприйняття хвороби як частини свого життя	Інтерв'ю або заповнення пацієнтом протягом 7 хв
Quality of Well Being Scale	Вимірювання реальної активності і переваг пацієнтів. Розглядаються ступінь самообслуговування, соціальна активність, найважливіші симптоми хвороби, основні психологічні показники. Складається з п'яти розділів, що охоплюють фізичну активність, ступінь самообслуговування, рухливість, повсякденну активність, наявність симптомів хронічних або гострих хвороб	Інтерв'ю, проведене спеціально навченим персоналом
Quality of Life index	Складається з п'яти розділів, що охоплюють якість життя в цілому і в чотирьох основних сферах життя, таких як стан здоров'я, духовна сфера, соціально-економічні аспекти та сім'я	Інтерв'ю або заповнення пацієнтом
SF-36	Психосоціальні: • життєздатність • соціальна активність • рольове емоційне функціонування • соціальне функціонування Фізичні: • фізична активність • рольове фізичне функціонування • біль • загальне здоров'я	Інтерв'ю або заповнення пацієнтом

Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36), EuroQoL-5D. Недоліком загальних опитувальників є неможливість урахування специфічних симптомів та змін ЯЖ, притаманних певним хворобам. Отже, на результати дослідження можуть впливати чинники, не пов'язані з досліджуваною хворобою [5, 10].

Для детальнішого вивчення змін ЯЖ при окремих нозологічних одиницях використовують специфічні опитувальники. Вони можуть містити питання щодо характеристик певної хвороби або оцінювати певну категорію ЯЖ. Для хворих специфічні опитувальники більш зрозумілі, вони зазвичай коротші, а надійність їх результатів вища. Крім того, специфічні опитувальники корисніші для оцінювання впливу лікування на ЯЖ.

Для вивчення специфічних змін ЯЖ при стенокардії використовують опитувальник Seattle Angina Questionnaire (SAQ), при інфаркті міокарда – MacNew HD Questionnaire і MIDAS, при аритміях – Aquarel. Найбільше опитувальників розроблено для оцінювання ЯЖ хворих із серцевою недостатністю. Найінформативнішими є Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, Kansas City Questionnaire, Chronic Heart Failure Questionnaire, Severe Heart Failure Questionnaire [13].

З метою підвищення значущості оцінки ЯЖ інколи поєднують загальні та специфічні опитувальники, а за необхідності використовують декілька специфічних опитувальників.

### **Визначальні чинники якості життя в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця**

Зниження асоційованої зі станом здоров'я ЯЖ хворих у пацієнтів зі стабільною ІХС зумовлене багатьма чинниками. Очевидно, крім клінічних симптомів (найчастіше – нападів стенокардії та/або виявів серцевої недостатності), предикторами ЯЖ у вказаній категорії пацієнтів можуть бути вік, стать, супутні хвороби та стани, а також побічні ефекти та наслідки застосованого лікування, зокрема кардіохірургічних втручань [5, 16, 18, 22]. У роботі J. Dunning та співавторів визначальними чинниками зниження ЯЖ у пацієнтів з ІХС були жіноча стать, куріння, ЦД, хвороба периферичних судин, хронічна обструктивна хвороба легень, стенокардія напруження III або IV функціонального класу (ФК) за Канадською класифікацією, повторне кардіохірургічне втручання, а також перебування в реанімаційному відділенні протягом більше двох діб після операції на серці. Водночас низькі показники ЯЖ не залежали від таких чинників, як вік, виконання ревазуляризації периферичних артерій, тривалість штучного кровообігу, переливання крові [30].

З метою дослідження ЯЖ у пацієнтів з ІХС різних вікових груп обстежено 709 пацієнтів віком 31–79 років перед плановим аортотранскапітарним шунтуванням (АКШ) [12]. За даними опитувальника SF-36, виявлено зниження ЯЖ у пацієнтів з ІХС у старших вікових групах. Причому на зниження ЯЖ незалежно вплинули ЦД, перенесений інфаркт міокарда, а також системний атеросклероз.

Хоча зниження ЯЖ з віком є очікуваним, не у всіх дослідженнях хворі старших вікових груп

мали гірші показники ЯЖ порівняно з молодшими пацієнтами [9, 28]. Зокрема, в дослідженні бразильських авторів у хворих на ІХС з тяжкою стенокардією віком менше 60 років ЯЖ була гіршою, ніж в осіб віком понад 60 років. На думку авторів, у пацієнтів молодого віку більшим є вплив самої хвороби, і для них вагомий чинник – це нездатність продовжувати активну діяльність. Іншим поясненням може бути переважання у старшій віковій групі жінок, для яких характерні загалом нижчі показники ЯЖ за всіма шкалами [19].

Гендерні відмінності показників ЯЖ були також вивчені у дослідженні K.I. Pettersen та співавторів, у якому оцінювали ЯЖ у пацієнтів після інфаркту міокарда протягом 2,5 року за допомогою шкали SF-36. У жінок зареєстрували гірші показники ЯЖ за шкалами фізичного функціонування, рольової діяльності та загального стану здоров'я. З іншого боку, в чоловіків більшою була інтенсивність больового синдрому [50].

Стабільна стенокардія – найбільш вагомий чинник зниження ЯЖ у пацієнтів з ІХС [49]. Наслідками стенокардії є зниження рівня активності, здатності брати участь у повсякденній діяльності, що своєю чергою негативно позначається на ЯЖ. Тенденція до малорухливого способу життя асоціюється з погіршенням загального стану здоров'я та ЯЖ [14, 27]. W. Young та співавтори дослідили інструменти та методи, які медичні працівники можуть використовувати для оцінки ступеня тяжкості стенокардії та її впливу на ЯЖ, а в подальшому – оцінки ефективності лікування. За даними цього дослідження, стабільна стенокардія асоціюється зі зниженням ЯЖ за показниками функціонального статусу, загального стану здоров'я та життєздатності, фізичної працездатності та рівня фізичної активності під час відпочинку [63].

Wu Jing та співавтори дослідили зв'язок хронічної стабільної стенокардії з ЯЖ пацієнтів у Китаї. У дослідженні залучили 471 пацієнта зі стенокардією і 567 – без стенокардії, ЯЖ оцінювали за допомогою опитувальників EQ-5D, EQ-VAS, SF-6D і SAQ. Пацієнти зі стабільною стенокардією характеризувалися старшим віком, нижчим рівнем освіти та доходів, надлишковою масою тіла і частими супутніми хворобами. Значна частка таких пацієнтів мали обтяжену спадковість та порушення сну. Показники ЯЖ за опитувальниками EQ-5D, SF-6D і EQ-VAS були вищими в загальній популяції осіб віком понад 40

років, ніж у пацієнтів зі стабільною стенокардією: EQ-5D – (0,75±0,19) проти (0,9±0,20) бала,  $P<0,05$ ; SF-6D – (0,68±0,12) проти (0,85±0,11) бала,  $P<0,05$ ; EQ-VAS – (71,2±12,3) проти (83,9±10,9) бала,  $P<0,05$ . Зниження ЯЖ було спричинене обмеженням фізичної активності, прийняттям хвороби та ФК стенокардії; ЯЖ поліпшувалася при регулярних фізичних вправах та після нормалізації сну [62].

Важливий чинник зниження ЯЖ у пацієнтів з ІХС – наявність супутньої патології, зокрема, ЦД [29]. У Норвегії опитали 1000 осіб із ЦД, використовуючи шкалу EQ-5D, щоб визначити, як ЦД та його ускладнення впливають на пов'язану зі станом здоров'я ЯЖ. За даними О. Solli та співавторів, предикторами зниження ЯЖ у пацієнтів з ЦД за опитувальником EQ-5D були ІХС, перенесений інсульт, діабетична нейропатія; ці показники мали вирішальне значення в обмеженні фізичної активності пацієнтів із ЦД. Важливими визначальними факторами ЯЖ були також тривога та/або депресія, «страх гіпоглікемії» [58].

### Зміни якості життя після реваскуляризаційних втручань

Реваскуляризаційні втручання розглядаються в сучасних узгоджених рекомендаціях як ключовий аспект ведення пацієнтів зі стабільною ІХС. Поряд з АКШ, дедалі частіше застосовують ендovasкулярні технології, які не асоціюються з хірургічною травмою і, отже, потребою в тривалому реабілітаційному лікуванні. Втім, у випадку багатосудинного ураження вінцевих артерій (ВА) з позицій доказової медицини переважно рекомендують операцію АКШ [14]. Усунення клінічних симптомів – основна передумова поліпшення ЯЖ у пацієнтів зі стабільною ІХС [31].

У проведених дотепер дослідженнях зміни ЯЖ після реваскуляризаційних втручань, а також на тлі застосування антиангінальних засобів оцінювали за допомогою загальних (SF-36) та специфічних (SAQ, MacNew, індекс ЯЖ за шкалою Ferrans і Powers, індекс фізичної активності університету Дюка (DASI), опитувальник хронічної стенокардії «Speak From The Heart» тощо) опитувальників, анкетування або заповнення листка самоконтролю [45].

**АКШ, стентування чи медикаментозне лікування.** Існує багато досліджень, в яких порівнювали ефективність і безпечність різних видів реваскуляризаційних втручань (АКШ та коронарного стентування), а також медикамен-

тозної терапії. Загалом показники ЯЖ поліпшуються, а напади стенокардії зменшуються, незалежно від виду реваскуляризації в ранні післяопераційні терміни. Хоча при тривалішому спостереженні виявляються переваги АКШ.

М. Favarato та співавтори оцінили вплив АКШ, черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) або медикаментозної терапії (МТ) на ЯЖ у пацієнтів зі стабільною ІХС. Усього 542 пацієнтів рандомізовано в групи АКШ ( $n=175$ ), ЧКВ ( $n=180$ ) та МТ ( $n=187$ ). Коротку форму опитувальника SF-36 застосували на початку дослідження, через 6 і 12 міс. Усі три порівнювані стратегії лікування дозволили поліпшити показники ЯЖ ( $P<0,0001$ ). У групі АКШ показники фізичного та соціального функціонування, життєвої сили і загального стану здоров'я, порівняно з групами МТ і ЧКВ, були кращими. Крім того, показники ЯЖ у групах АКШ та ЧКВ були кращими порівняно з МТ через один рік після втручання [33]. Чоловіки мали кращі показники ЯЖ до і після лікування порівняно з жінками.

Н. Lukkarinen та співавтори здійснили 8-річне спостереження та оцінили ЯЖ після АКШ, ЧКВ і на тлі МТ з використанням опитувальника Ноттінгемського профілю здоров'я (NHP). У групі АКШ показники ЯЖ через 8 років після операції були значно кращими, ніж до операції, зокрема за рівнем рухливості ( $P<0,001$ ), енергійності ( $P=0,003$ ), больового синдрому ( $P=0,031$ ). У групі ЧКВ поліпшилися показники емоційних реакцій ( $P=0,002$ ), больових відчуттів ( $P=0,003$ ), рухливості ( $P=0,004$ ), енергійності ( $P=0,005$ ). На тлі МТ не було значущих змін показників ЯЖ протягом 8-річного спостереження [46].

Схожі результати отримали за даними дослідження TIME: довгострокова виживаність у хворих зі стабільною стенокардією II і вище ФК за Канадською класифікацією в осіб віком більше 75 років була подібною в групах ЧКВ та МТ, хоча в обох групах спостерігали зменшення частоти нападів стенокардії та поліпшення показників ЯЖ [18, 26, 38].

Результати окремих досліджень ЯЖ після ЧКВ, АКШ та на тлі МТ узагальнені в *табл. 2*.

У масштабному дослідженні FREEDOM у пацієнтів із ЦД та ураженням кількох ВА операція АКШ забезпечила зменшення частоти випадків смерті та інфаркту міокарда, потреби в повторній реваскуляризації, але асоціювалася зі збільшенням ризику виникнення інсульту

Таблиця 2  
Дослідження змін якості життя після проведення ЧКВ, АКШ та МТ [20, 40, 42]

Дослідження	Дизайн дослідження	Кількість пацієнтів з ЧКВ/АКШ	Опитувальники ЯЖ	Без нападів стенокардії, %	Висновки
Brorsson та співавт., 2001, Швеція	Хронічна стабільна стенокардія з 1- або 2-судинним ураженням	252/349	SWED-QUAL, (Swedish Quality of Life Survey)	АКШ – 57 % / ЧКВ – 51 % протягом 4 років	ЯЖ краща після АКШ через 6 міс, але не відрізняється через 4 роки за всіма шкалами
Рососк та співавт., 1996, RITA	ЧКВ порівняно з АКШ у пацієнтів зі стенокардією	510/501	NHP	АКШ – 78 % / ЧКВ – 69 % (P=0,007) протягом 2 років	ЯЖ краща після АКШ, ніж після ЧКВ, через 6 міс і 2 роки
Borkon та співавт., 2002	Групи ЧКВ або АКШ у пацієнтів зі стенокардією	252 / 223	SAQ	Не визначали	Показник частоти стенокардії і ЯЖ кращі після АКШ, ніж ЧКВ, через 6 і 12 міс
Zhang та співавт., 2003, SoS Trial	Багатосудинне ураження ВА, рандомізовані в групи ЧКВ і АКШ	488 / 500	SAQ	Не визначали	Показник частоти стенокардії і ЯЖ кращі після АКШ через 6 і 12 міс
Favarato та співавт., 2007, MASS II	Багатосудинне ураження ВА, рандомізовані в групи ЧКВ, АКШ або МТ	180/175/ 187	SF-36	Не визначали	ЯЖ після АКШ краща, ніж після ЧКВ, через рік; ЯЖ після АКШ або ЧКВ краща, ніж на тлі МТ, через 1 рік
Hlatky та співавт., 2004, BARI	Багатосудинне ураження ВА, рандомізовані в групи ЧКВ, АКШ або МТ	465/ 469	DASI, Rand Mental Health Inventory 5 Scale	Не визначали	ЯЖ краща після АКШ, ніж після ЧКВ, через 3 роки, але подібна через 3–10 років
Thiele та співавт., 2009	Ізольоване ураження передньої міжшлункової гілки лівої ВА, АКШ або ЧКВ	65/65	SF 36, McNew	АКШ – 74 % / ЧКВ – 81 % (P=0,05) протягом 12 міс	ЯЖ не відрізнялася після ЧКВ і АКШ
Van Dornburg та співавт., 2010, ARTS II	Пацієнти після ЧКВ металічними або елютинг-стентами порівняно з АКШ	583 (елютинг) / 483 (металічні стенти) / 492 (АКШ)	SF-36	АКШ – 87,0 % / елютинг-стенти – 90,0 % / металічні – 80 % протягом 12 міс	ЯЖ краща після імплантації елютинг-стентів, ніж після АКШ, до одного року і подібна через 3 роки

**Примітка.** У масштабному рандомізованому дослідженні SYNTAX обстежили 1800 пацієнтів із трисудинним ураженням ВА або ураженням стовбура лівої ВА, яким була показана реваскуляризація міокарда. У 897 пацієнтів виконали АКШ, у 903 – ЧКВ. Якість життя пацієнтів оцінювали з використанням опитувальників SAQ та SF-36 на початку дослідження, через 1, 6 і 12 міс після реваскуляризації міокарда. Основною кінцевою точкою був показник частоти виникнення нападів стенокардії за шкалою SAQ. За даними опитувальників SAQ і SF-36, показники ЯЖ значно поліпшувалися в обох групах через 6 і 12 міс після реваскуляризації порівняно з вихідними. Частка пацієнтів без стенокардії через 1 і 6 міс була подібною в порівнюваних групах, але через 12 міс була більшою в групі АКШ, порівняно з ЧКВ (76,3 проти 71,6 %, P=0,05). Показники інших підшкал SAQ і SF-36 були або вищі в групі ЧКВ (в основному упродовж 1-го місяця), або були схожі в обох групах протягом усього наступного періоду (табл. 3). Випадки серйозних серцевих та судинно-мозкових подій за 12 міс дослідження були значно частішими у групі ЧКВ (17,8 проти 12,4 % при АКШ, P=0,002). Через 12 міс показники смертності й частоти виникнення інфаркту міокарда були подібними у двох групах; частоти інсульту – був значуще вищий після АКШ (2,2 проти 0,6 % при ЧКВ, P=0,003) [27].

порівняно з ЧКВ. Рівень ЯЖ у цьому дослідженні оцінювали за допомогою опитувальника SAQ через 1, 6 і 12 міс після реваскуляризації міокарда. Показники ЯЖ після операції АКШ через 12 міс були кращими, ніж після імплантації елютинг-стентів [45, 47, 64].

**Якість життя у різні терміни після АКШ.** Зміни ЯЖ після операції АКШ можуть бути різно-

спрямованими залежно від тривалості періоду спостереження.

Короткотривалий термін спостереження (від одного до 6 міс) характеризується поступовим покращенням показників ЯЖ. У дослідженні S. Chocron та співавторів 80 % пацієнтів зауважили покращення ЯЖ вже через 3 міс після АКШ. Хоча всі показники ЯЖ Ноттінгемського профілю

Таблиця 3

Показники якості життя у дослідженні SYNTAX [27]

Шкали опитувальників ЯЖ	Відмінність між групами АКШ і ЧКВ					
	1 міс	P	6 міс	P	12 міс	P
<i>Шкали опитувальника SAQ</i>						
Частоти нападів стенокардії (AF)	-1,2 (-3,1...0,6)	H3	1,8 (0,2...3,4)	0,03	1,6 (0,1...3,1)	0,04
Обмежень фізичних навантажень (PL)	-12,1 (-14,6...-9,7)	<0,001	-1,4 (-3,6...+0,8)	H3	0,8 (-1,3...3,0)	H3
Ставлення до хвороби (DP)	-5,0 (-7,3...-2,7)	<0,001	1,4 (-0,8...+3,6)	H3	2,3 (0,1...4,5)	0,04
Задоволеності лікуванням (TS)	-3,3 (-4,7...-1,9)	<0,001	-2,0 (-3,4...-0,5)	0,008	-0,4 (-1,9...+1,1)	H3
Стабільності нападів стенокардії (AS)	0,5 (-1,9...+2,8)	H3	1,6 (-0,5...+3,7)	H3	0,6 (-1,4...+2,5)	H3
<i>Шкали опитувальника SF-36</i>						
Фізичний компонент здоров'я (PH)	-7,7 (-8,6...-6,8)	<0,001	-0,4 (-1,3...+0,5)	H3	0,8 (-0,2...+1,7)	H3
Психологічний компонент здоров'я (MH)	-3,2 (-4,3...-2,1)	<0,001	-0,6 (-1,7...+0,5)	H3	-0,5 (-1,5...+0,6)	H3

**Примітка.** H3 – незначущі відмінності.

здоров'я (NHP) після операції були вище від доопераційних, категорії пацієнтів віком понад 70 років, жіночої статі та із серцевою недостатністю III–IV ФК за NYHA мали гірші показники ЯЖ, зокрема, за підшкалами фізичної активності та енергійності [26].

V. Peric та співавтори у 243 пацієнтів оцінювали ЯЖ за опитувальником NHP до і через 6 міс після операції АКШ. У пацієнтів з більш вираженою стенокардією показники передопераційної та післяопераційної ЯЖ були гіршими ( $P < 0,001$ ). Низький клас стенокардії перед АКШ був незалежним предиктором поліпшення ЯЖ через 6 міс після АКШ за шкалами фізичної активності ( $P = 0,005$ ), енергійності ( $P = 0,021$ ), інтенсивності болю ( $P < 0,001$ ) [58]. Схожі висновки зробили V. Peric та співавт.: стенокардія низьких навантажень за Канадською класифікацією асоціювалася з низькими показниками ЯЖ до і після АКШ. Загалом, частота та інтенсивність нападів стенокардії є незалежними предикторами ЯЖ у пацієнтів з ІХС [48].

В іншому дослідженні С. G. Koch та співавтори обстежили 1825 пацієнтів до і після ізольованого АКШ з метою виявлення предикторів ЯЖ за опитувальником Duke Activity Status Index (DASI). Цей короткий опитувальник, призначений для оцінювання функціонального стану хворих із серцевою недостатністю, складається з 12 питань. Вони відображають можливість виконання пацієнтом типових побутових навантажень різного ступеня важкості, кожному з яких відповідає певний рівень енерговитрат. Кількісний сумарний показник функціональних можливостей пацієнта відображає рівень функціональних можливостей хворого точніше, ніж ФК за NYHA [6]. Рівень ЯЖ після АКШ був нижчим у жінок, ніж у

чоловіків (медіана у жінок – 21,5, у чоловіків – 32,2). У пацієнтів похилого віку, з хронічними обструктивними хворобами легень, перенесеним інфарктом міокарда, інсультом, хворобами судин, інфекційними ускладненнями, повторними хірургічними втручаннями в ранній післяопераційний період ЯЖ за шкалою DASI в післяопераційний період була нижчою, що свідчить про повільніше функціональне відновлення цієї групи хворих. Навіть після корекції деяких факторів у жінок ЯЖ надалі залишалася нижчою (42,7 бала проти 58,2 бала в чоловіків) [44].

J.S. Rumsfeld та співавтори дослідили предиктори змін фізичного та психічного стану пацієнтів з ІХС до і через 6 міс після операції АКШ. Обстежили 1973 пацієнтів за допомогою короткої форми опитувальника SF-36. Значущими прогностичними факторами фізичного аспекту післяопераційної ЯЖ були наявність перенесених неврологічних хвороб, уражень периферичних судин, хронічної обструктивної хвороби легень, артеріальної гіпертензії, куріння, обсяг форсованого видиху, рівень фракції викиду лівого шлуночка, вміст креатиніну в сироватці крові. Показниками, що вплинули на психічний аспект ЯЖ після операції, були вік, психічні хвороби в анамнезі, хронічна обструктивна хвороба легень, куріння, ФК серцевої недостатності за NYHA. Отже, визначення предикторів змін ЯЖ після АКШ може бути корисним для оцінювання потреби та ризиків ревазуляризації в пацієнтів з ІХС [53–56].

**Середньостроковий термін спостереження.** У деяких дослідженнях спостерігали подальше поліпшення ЯЖ у пацієнтів з ІХС після АКШ, зі стабілізацією і невеликим, але істотним, поліпшенням деяких показників фізичного

здоров'я та сприйняття хвороби в цілому за підсумками спостереження тривалістю від 6 міс до 2 років.

J.O. Hunt та співавтори зауважили значне поліпшення ЯЖ за даними опитувальника SF-36 у 123 пацієнтів (у тому числі 22 жінок) через 12 міс після АКШ. Значне поліпшення ЯЖ спостерігали за шкалами фізичного функціонування ( $P<0,001$ ), інтенсивності больового синдрому ( $P=0,024$ ), соціального функціонування ( $P=0,011$ ) та емоційного стану ( $P=0,003$ ). Пацієнти загалом оцінили ЯЖ через 12 міс після операції так: відмінна – 19 %, дуже добра – 34 %, добра – 25 %, погана – 18 %, дуже погана – 4 %. Через 12 міс суб'єктивна оцінка підсумків виконаної операції у 92 % пацієнтів була позитивною [41].

У 293 пацієнтів після АКШ P.E. Falcoz та співавтори оцінювали ЯЖ протягом 12 міс за допомогою опитувальника SF-36. У 50,4 % пацієнтів виконали ізольоване АКШ, у 43,6 % – хірургічні втручання на клапанах серця, у 2,6 % – АКШ у поєднанні з клапанним протезуванням. У середньому ЯЖ поліпшилася у 50 % пацієнтів майже за всіма показниками і не залежала від виду хірургічного втручання. Найбільш вагомими предикторами погіршення ЯЖ були серцева недостатність III або IV ФК за NYHA та III або IV ФК стенокардії за Канадською класифікацією [32].

N. Caine та співавтори досліджували ЯЖ до і протягом року після АКШ. У проспективному дослідженні із залученням 100 пацієнтів чоловічої статі віком до 60 років оцінювали зміни симптомів, працездатність, повсякденну діяльність за опитувальником Ноттінгемського профілю здоров'я (NHR). Показники шкал NHR значно поліпшилися через 3 міс після АКШ порівняно з передопераційними ( $P<0,001$ ), а через 1 рік не відрізнялися від групи здорового чоловічого населення. Аналіз відповідей опитувальника свідчив, що 65 (73 %) з 89 пацієнтів працювали через рік, ще 7 (8 %) могли б працювати, але не мали роботи. Частка пацієнтів, яких турбує біль за грудниною, знизилася з 90 % до 19 % через рік після АКШ: 91 % пацієнтів зауважили позитивний ефект хірургічного втручання, що полягає у швидкому поверненні до роботи, відновленні повсякденної діяльності, відсутності задишки, підвищенні фізичної активності [23].

#### **Довгостроковий термін спостереження.**

Довгострокові (більше двох років після операції) зміни ЯЖ пацієнтів після АКШ оцінювали в

небагатьох дослідженнях. Зокрема, дані 1180 пацієнтів щодо довгострокового прогнозу (10-річне спостереження) після АКШ були проаналізовані J. Dunning та співавторами за допомогою опитувальника EuroQol-5D (EQ-5D). Середній вік хворих становив 61 рік, у 79 % пацієнтів було трисудинне ураження ВА. При цьому десятирічна виживаність становила 66 %, повторне ЧКВ здійснили у 25 (2 %) пацієнтів протягом 10 років, і лише у 4 (0,3 %) пацієнтів виконали повторне АКШ. У 59 % пацієнтів стенокардії не було, 88 % відзначали симптоми не більше II ФК за Канадською класифікацією, і тільки 6 % пацієнтів мали IV ФК стенокардії. Високі показники ЯЖ були зареєстровані у 621 пацієнта, 91 пацієнт (14,7 %) оцінив ЯЖ на досить низькому рівні [30].

N. Caine та співавтори здійснили 5-річне спостереження у 100 пацієнтів після АКШ. При порівнянні результатів через 1 і 5 років зауважили незначне поліпшення показників Ноттінгемського профілю здоров'я (NHR) за шкалами інтенсивності болю, сну, соціальної ізоляції та емоційних реакцій. Водночас за показниками фізичної активності та енергійності спостерігали погіршення ЯЖ. Відсутність задишки до операції та збережена систолічна функція лівого шлуночка були предикторами кращих результатів як при 1-, так і 5-річному спостереженні [24].

Врешті-решт, J. Herlitz та співавтори здійснили дослідження довгострокової динаміки показників ЯЖ після АКШ. Незалежними предикторами низької ЯЖ у пацієнтів з ІХС були жіноча стать, цукровий діабет, захворювання периферичних судин, хронічна обструктивна хвороба легень, ожиріння і повторне хірургічне втручання. Через 10 років після операції 54 % пацієнтів не відчували болю в грудях, а в 31 % не було задишки [38].

#### **Якість життя після черезшкірного коронарного втручання**

Зазвичай в осіб похилого віку виконання АКШ пов'язане з більшим безпосереднім ризиком для життя через часту наявність у них супутньої патології. З огляду на це, операцією вибору для пацієнтів похилого і старечого віку нерідко є черезшкірна коронарна ангіопластика. Проведення коронарної ангіопластики має мінімальний оперативний ризик у цієї категорії пацієнтів, знижує частоту виникнення серцево-судинних подій у майбутньому, а також поліпшує ЯЖ цієї

категорії пацієнтів порівняно з медикаментозним лікуванням [17,21,28].

За даними російських авторів, при обстеженні 165 геріатричних пацієнтів, з яких 83 хворим виконано часткову реваскуляризацію міокарда методом коронарної ангіопластики (1-ша група), а 82 пацієнти отримували консервативне лікування (2-га група), доведено перевагу черезшкірної реваскуляризації міокарда при багатосудинному ураженні вінцевого русла в 1-й групі порівняно з групою консервативного лікування, а також поліпшення ЯЖ за шкалою SF-36. За критеріями фізичного функціонування, обмеження рольових функцій, фізичного болю, життєвої сили, соціального функціонування та емоційного обмеження рольових функцій у віддалений післяопераційний період пацієнти, яким виконали часткову реваскуляризацію міокарда, мали статистично значущо вищі ( $P < 0,05$ ) середні показники порівняно з вихідними даними [9].

У дослідженні, проведеному в США (Seattle Veterans Affairs Medical Center), вивчали динаміку показників ЯЖ в осіб похилого віку з ІХС після ЧКВ. Параметри ЯЖ оцінювали за допомогою двох опитувальників: SF-36 та Сіетлівського опитувальника щодо стенокардії (SAQ) до та через 3 міс після КА. Через 3 міс після операції спостерігали значне поліпшення показників ЯЖ за більшістю шкал обох опитувальників, а саме зменшення частоти нападів стенокардії, сприйняття хвороби, поліпшення фізичного та емоційного функціонування, психічного здоров'я [45, 52].

За даними дослідження J.A. Spertus та співавторів за участю 1518 пацієнтів, вихідна частота нападів стенокардії, оцінена за шкалою SAQ, була визначальним предиктором підвищення ЯЖ та фізичного функціонування через рік після коронарного стентування [59].

W.S. Weintraub та співавтори обстежили 2287 хворих зі стабільною ІХС та поділили їх на групи ЧКВ і медикаментозної терапії. ЯЖ оцінювали з використанням опитувальника SAQ і шкали RAND-36. На початку дослідження у 22 % пацієнтів не було стенокардії, через 3 міс 53 % пацієнтів у групі ЧКВ і 42 % у групі МТ не відчували ангінозних нападів ( $P < 0,001$ ). Загалом показники всіх шкал використовуваних опитувальників (зокрема фізичних обмежень, стабільності стенокардії, частоти нападів стенокардії, задоволення лікуванням) через 3 міс спостереження були вищими в групі ЧКВ, ніж у групі медикаментозного лікування. Ця тенденція зберігалася від

6 до 24 міс, але через 36 міс уже не було істотних відмінностей щодо стану здоров'я між групами порівняння [61].

Таким чином, зниження асоційованої зі станом здоров'я ЯЖ хворих є основною підставою для оцінки анатомії вінцевих судин і реваскуляризації в пацієнтів зі стабільною ІХС. Можливими предикторами низької ЯЖ у пацієнтів з ІХС є соціально-демографічні показники, супутні хвороби, перенесені раніше хірургічні втручання, клінічні особливості ІХС (перенесений інфаркт міокарда, ФК стенокардії). Частота нападів стенокардії – найбільш значущий визначальний фактор ЯЖ у пацієнтів із хронічною стенокардією, навіть після корекції супутніх хвороб. Здатність запобігати виникненню ангінозних нападів і, в підсумку, поліпшувати ЯЖ пацієнтів зі стабільною ІХС є одним із основних напрямків медикаментозного та хірургічного лікування. Зміни ЯЖ відносять до найважливіших критеріїв оцінки результатів реваскуляризації міокарда у пацієнтів зі стабільною ІХС.

## Література

1. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки КЖ больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология.– 2002.– № 5.– С. 92–95.
2. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология.– 1993.– № 2.– С. 85–88.
3. Бокерия Л.А., Аракелян В.С., Тутов Е.Г. и др. Понятие «Качество жизни» и методы его оценки // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.– 2005.– № 1.– С. 23–29.
4. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Оценка эффективности методов реваскуляризации миокарда в рандомизированных исследованиях // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.– 2001.– № 5.– С. 16–50.
5. Власова А.В., Лямина Н.П. Качество жизни и факторы его определяющие у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда // Сердечная недостаточность.– 2002.– № 5.– С. 226–228.
6. Гельцер Б.И., Фрисман М.В. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных // Кардиология.– 2002.– № 9.– С. 4–9.
7. Гендлик Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В. и др. Методика исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения // Сердечная недостаточность.– 2000.– № 4.– С. 1–12.
8. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика.– 2002.– № 1.– С. 53–57.
9. Никонов С.Ф., Олофинская И.Е., Багиян Л.С. Исследование качества жизни у пожилых больных после операции на сердце // Качественная клиническая практика.– 2003.– № 1.– С. 56–59.
10. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.– СПб: Нева, М.: Олма-Пресс, 2002.– 315 с.
11. Рекомендации Американской ассоциации сердца и Американского кардиологического колледжа, 2004 г. // Креативная кардиология.– 2008.– № 2.– С. 84–87.



12. Сумин А.Н., Гайфулин Р.А., Моськин М.Г., Корок Е.В. Качество жизни больных разных возрастных групп с ИБС: влияние мультифокального атеросклероза. Успехи геронтологии. – СПб, 2012. – Т. 25. – С. 668–675.
13. Ягенський А.В., Січкарук І.М. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці // Внутрішня медицина. – 2007. – № 3.
14. ACC/AHA 2004 Guideline Update for Coronary Artery Bypass Graft Surgery // *Circulation*. – 2004. – Vol. 110. – P. 1168–1176.
15. Ahmadi H., Karimi A., Davoodi S. et al. 24-h in-hospital mortality predictions in coronary artery bypass grafting patients // *Arch. Med. Res.* – 2007. – Vol. 38. – P. 417–423.
16. Al-Ruzzeah S., Athanasiou T., Mangoush O. et al. Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery // *Heart*. – 2005. – Vol. 91. – P. 1557–1562.
17. Athanasiou T., Al-Ruzzeah S., Kumar P. et al. Off-pump myocardial revascularization is associated with less incidence of stroke in elderly patients // *Ann. Thorac. Surg.* – 2004. – Vol. 77. – P. 745–753.
18. Aydin S., Yavuz T., Duver H., Kutsal A. Quality of life in the elderly after coronary bypass surgery // *Int. Heart J.* – 2006. – Vol. 47. – P. 59–65.
19. Benedetto U., Melina G., Angeloni E. et al. Coronary artery bypass grafting versus drug-eluting stents in multivessel coronary disease. A meta-analysis on 24,268 patients // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* – 2009. – Vol. 36. – P. 611–615.
20. Blankenship J.C., Marshall J.J., Pinto S., Lange R.A. Effect of Percutaneous Coronary Intervention on Quality of Life: A Consensus Statement from the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions // *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. – 2013. – Vol. 81. – P. 243–259.
21. Blumenthal R.S., Cohn G., Schulman S.P. Medical therapy versus coronary angioplasty in stable coronary artery disease: a critical review of the literature // *J. Am. Coll. Card.* – 2000. – N 3. – P. 668–673.
22. Bucerius J., Gummert J.F., Borger M.A. et al. Stroke after cardiac surgery: a risk factor analysis of 16,184 consecutive adult patients // *Ann. Thorac. Surg.* – 2003. – Vol. 75. – P. 472–478.
23. Caine N., Harrison S.C.W., Sharples L.D., Wallwork J. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting // *BMJ*. – 1991. – Vol. 302. – P. 511–516.
24. Caine N., Harrison S.C.W., Sharples L.D., Wallwork J. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting: outcome at five years // *Heart*. – 1991. – Vol. 81. – P. 347–351.
25. Chaitman B.R., Rosen A.D., Williams D.O. Myocardial Infarction and Cardiac Mortality in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Randomized Trial // *Circulation*. – 1997. – Vol. 96 (7). – P. 2162–2170.
26. Chocron S., Rude N., Dussaucy A. et al. Quality of life after open-heart surgery in patients over 75 years old // *Age Ageing*. – 1996. – Vol. 25. – P. 8–11.
27. Cohen D.J., Hout B. V., Serruys P.W. et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery // *New Engl. J. Med.* – 2011. – Vol. 364. – P. 1016–1026.
28. Conaway D.G., House J., Bandt K. et al. The elderly health status benefits and recovery of function one year after coronary artery bypass surgery // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2003. – Vol. 42. – P. 1421–1426.
29. Diegeler A., Matin M., Falk V. et al. Quality assessment in minimally invasive coronary artery bypass grafting // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* – 1999. – Vol. 16 (Suppl. 2). – P. S67–S72.
30. Dunning J., Waller J.R.L., Smith B. et al. Coronary Artery Bypass Grafting is Associated with Excellent Long-Term Survival and Quality of Life: A Prospective Cohort Study // *Ann. Thorac. Surg.* – 2008. – Vol. 85. – P. 1988–1993.
31. Eagle K.A., Guyton R.A., Davidoff R. et al. Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Summary and Recommendations: A Report of the American College of ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Executive Summary // *Circulation*. – 1999. – Vol. 100. – P. 1464–1480.
32. Falcoz P.E., Chocron S., Stoica L. et al. Open heart surgery: one year self-assessment of quality of life and functional outcome // *Ann. Thorac. Surg.* – 2003. – Vol. 76. – P. 1598–1604.
33. Favarato M., Hueb W., Boden W. 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 // *Intern. J. Cardiology*. – 2007. – Vol. 116. – P. 364–370.
34. Fawzy G.E., Floyd D., Blackstone E.H. et al. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting: A gender analysis using the Duke Activity Status Index // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2004. – Vol. 128. – P. 284–295.
35. Fox N. L., Hoogwerf B.J., Czajkowski S., Lindquist R. Quality of life after coronary artery bypass graft: results from the POST CABG trial // *Chest*. – 2004. – Vol. 126. – P. 487–495.
36. Gerola L.R., Buffolo E., Jasbik W. et al. Off-pump versus on-pump myocardial revascularization in low-risk patients with one or two vessel disease: perioperative results in a multicenter randomized controlled trial // *Ann. Thorac. Surg.* – 2004. – Vol. 77. – P. 569–573.
37. Graham M.M., Ghali W.A., Faris P.D. et al. Survival after coronary revascularization in the elderly // *Circulation*. – 2002. – Vol. 105. – P. 2378–2384.
38. Herlitz J., Wiklund I., Sjolund H. et al. Relief of symptoms and improvement of health-related quality of life five years after coronary artery bypass graft in women and men // *Clin. Cardiol.* – 2001. – Vol. 24. – P. 385–392.
39. Hosoda Y., Nukariya M., Watanabe M. et al. Late results of coronary artery bypass surgery with maximal follow-up of 7 years: analysis of determinants affecting late survival // *Cardiovascular Surgery*. – 1993. – Vol. 1 (4). – P. 403–409.
40. Hueb W., Soares P.R., Gersh B.J. et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease: one-year results // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2004. – Vol. 43. – P. 1743–1751.
41. Hunt J.O., Hendrata M.V., Myles P.S. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery // *Heart Lung*. – 2000. – Vol. 29. – P. 401–411.
42. Katritsis D.G., Ioannidis J.P. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in nonacute coronary artery disease: a meta-analysis // *Circulation*. – 2005. – Vol. 111. – P. 2906–2912.
43. Kilo J., Baumer H., Czerny M. et al. Target vessel revascularization without cardiopulmonary bypass in elderly high-risk patients // *Ann. Thorac. Surg.* – 2001. – Vol. 71. – P. 537–542.
44. Kohn C.G., Parker M.W., Limone B.L., Coleman C. Impact of angina frequency on health utility values of patients with chronic stable angina // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2014. – Vol. 12. – P. 39.
45. Loponen P., Luther M., Nissinen J. et al. HRQoL after coronary after bypass grafting and percutaneous coronary intervention for stable angina // *Scand. Cardiovasc. J.* – 2009. – Vol. 43. – P. 94–99.
46. Lukkarinen H., Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term // *Nurs. Res.* – 2006. – Vol. 55. – P. 26–33.
47. Morrison D.A., Gulshan S, Sacks J. et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary bypass graft surgery for patients with medically refractory myocardial ischemia and risk factors for adverse outcomes with bypass: The VAAWESOME multicenter registry: comparison with the randomized clinical trial // *J. Coll. Cardiol.* – 2002. – Vol. 39 (2). – P. 266–273.
48. Peric V., Borzanovic M., Stolic R. et al. Predictors of worsening of patients' quality of life six months after coronary artery bypass surgery // *J. Card. Surg.* – 2008. – 23. – P. 648–654.
49. Peric V.M., Borzanovic M.D., Stolic R.V. et al. Severity of angina as a predictor of quality of life changes six months after coronary artery bypass surgery // *Ann. Thorac. Surg.* – 2006. – Vol. 81. – P. 2115–2120.
50. Pettersen K.I., Reikvam A., Rollag A., Stavem K. Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction // *Int. J. Cardiol.* – 2008. – Vol. 130. – P. 449–456.

51. Pfisterer M., Buser P., Osswald S. et al. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs optimized medical treatment strategy // JAMA.– 2003.– Vol. 289.– P. 1117–1123.
52. Puskas J.D., Williams W.H., Mahoney E.M. et al. Off-pump vs conventional coronary artery bypass grafting: early and 1-year graft patency, cost, and quality of life outcomes: a randomized trial // JAMA.– 2004.– Vol. 291.– P. 1841–1849.
53. Rumsfeld J.S., Magid D. J., O'Brien M. et al., for the participants of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study in Health Services: Processes, Structures, and Outcomes of Care in Cardiac Surgery. Changes in Health-Related Quality of Life Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery // Ann. Thorac. Surg.– 2001.– Vol. 72.– P. 2026–2032.
54. Rumsfeld J.S., Ho M.P., Magid D.J. et al. Predictors of health-related quality of life after coronary artery bypass surgery // Ann. Thorac. Surg.– 2004.– Vol. 77.– P. 1508–1513.
55. Rumsfeld J.S., Magid D.J., O'Brien M. et al. Changes in health-related quality of life following coronary artery bypass graft surgery // Ann. Thorac. Surg.– 2001.– Vol. 72.– P. 2026–2032.
56. Rumsfeld J.S., MaWhinney S., McCarthy M. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. Participants of the department of veterans affairs cooperative study group on processes, structures, and outcomes of care in cardiac surgery // JAMA.– 1999.– Vol. 281.– P. 1298–1303.
57. Serruys P.W., Unger F., Sousa J.E. et al. Comparison of coronary artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease // New Engl. J. Med.– 2001.– Vol. 344 (15).– P. 1117–1124.
58. Solli O., Stavem Knut, Kristiansen I.S. et al. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores // Health and Quality of Life Outcomes.– 2010.– Vol. 8.– P. 18.
59. Spertus J.A., Winder J.A., Dewhurst T.A. et al. Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease // Am. J. Cardiol.– 1994.– Vol. 78 (Suppl. 2).– P. 1240–1244.
60. Vaccarino V., Lin Z.Q., Kasl S.V. et al. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery // J. Am. Coll. Cardiol.– 2003.– Vol. 41.– P. 307–314.
61. Weintraub W.S., Spertus J.A., Kolm P. et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease // New Engl. J. Med.– 2008.– Vol. 359.– P. 677–687.
62. Wu Jing, Han Yuerong, Xu Judy et al. Chronic Stable Angina Is Associated with Lower Health-Related Quality of Life: Evidence from Chinese Patients // PLOS ONE.– 2014.– Vol. 9.– P. 1–9.
63. Young J.W.Jr., Melander S. Evaluating symptoms to improve quality of life in patients with chronic stable angina // Nursing Research and Practice.– 2013.– P. 1–8.
64. Yusuf S. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10 year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration // Lancet.– 1994.– Vol. 344 (8934).– P. 1446.

Надійшла 27.01.2016 р.

### Оценка качества жизни у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца

О.А. Епанчинцева<sup>1,2</sup>, Ю.А. Борхаленко<sup>1</sup>, О.И. Жаринов<sup>2</sup>, Б.М. Тодуров<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт сердца МЗ Украины», Киев

<sup>2</sup> Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

Ассоциированное с состоянием здоровья качество жизни (КЖ) является одним из критериев оценки тяжести болезни у пациентов со стабильной ишемической болезнью (ИБС) сердца и эффективности ее лечения, в том числе после плановых реваскуляризационных вмешательств. Основным инструментом оценки КЖ являются опросники. Общие опросники охватывают широкий спектр признаков, общих для многих болезней. В свою очередь, для более детального изучения изменений КЖ при отдельных нозологиях, используют болезнь-специфичные опросники. Определяющими факторами уровня КЖ у пациентов со стабильной ИБС являются возраст, пол, социально-демографические показатели, клинические симптомы (чаще всего приступы стенокардии и/или проявления сердечной недостаточности), сопутствующие болезни и состояния, а также побочные эффекты и последствия примененного лечения, в том числе реваскуляризационных вмешательств. В обзоре проведен анализ влияния на КЖ у пациентов со стабильной ИБС аортокоронарного шунтирования и коронарного стентирования по сравнению с оптимальной медикаментозной терапией в разные сроки наблюдения. Показатели КЖ после операции аортокоронарного шунтирования в долгосрочный период были лучше по сравнению с краткосрочным периодом наблюдения.

**Ключевые слова:** стабильная ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация, качество жизни.

### Evaluation of quality of life in patients with stable ischemic heart disease

О.А. Yepanchintseva<sup>1,2</sup>, Yu.A. Borkhalenko<sup>1</sup>, O.J. Zharinov<sup>2</sup>, B.M. Todurov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Heart Institute, Healthcare Ministry of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup> Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Associated health-related quality of life (QoL) is one of the criteria for assessing the severity of disease in patients with stable coronary heart disease and the efficiency of treatment, including planned revascularization. The main tool of QoL measuring is questionnaire. General questionnaires cover wide range of features common to many diseases. Instead, specific questionnaires are used for a more detailed study of QoL changes in individual nosologies. The determining factors of QoL in patients with stable coronary artery disease are age, sex, sociodemographic factors, clinical symptoms (most often – angina pectoris and/or signs of heart failure), concomitant diseases and conditions, side effects of the treatment, including revascularization. The analysis of impact of coronary artery bypass grafting and coronary stenting versus optimal medical therapy on QoL in patients with stable coronary artery disease is performed at different stages of observation. Indicators of QoL after coronary artery bypass grafting were better at long-term compared to short-term period.

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