

УДК 616.12-00972+616.127-005.4]-036.868

**О.Й. Жарінов¹, Н.Б. Іванюк², О.А. Єпанчінцева², Р.М. Вітовський¹,
Б.М. Тодуров²**¹ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ² ДУ «Інститут серця МОЗ України», Київ

Якість життя в пацієнтів з ішемічною хворобою серця і серцевою недостатністю

Систематизовано сучасну інформацію про методи оцінки та предиктори змін якості життя (ЯЖ) у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), дисфункцією лівого шлуночка (ДЛШ) і серцевою недостатністю (СН), а також про вплив медикаментозних засобів і реваскуляризаційних втручань на ЯЖ хворих. Асоційовану зі станом здоров'я ЯЖ оцінюють за допомогою загальних та хворобоспецифічних опитувальників. Рівень асоційованої зі станом здоров'я ЯЖ у пацієнтів з ІХС і СН залежить від багатьох чинників, таких як вік, стать, етнічна група, супутні хвороби, ступінь вираження ДЛШ, функціональний клас СН за NYHA, психічний статус тощо. Але найпотужніший визначальний чинник ЯЖ – характер і частота виникнення симптомів хвороби. Співвідношення впливу на тривалість та ЯЖ хворих – це вагомий фактор еволюції лікування хворих на ІХС із клінічними виявами СН, зокрема підходів до медикаментозної терапії та вибору оптимальних методів реваскуляризації. Результати здійснених до цього часу контрольованих досліджень свідчать, що вплив інтервенцій на ЯЖ пацієнтів з ІХС і СН може відрізнитися залежно від виду втручання (ендоваскулярне чи операція аортокоронарного шунтування) та терміну після його виконання.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, дисфункція лівого шлуночка, реваскуляризація, якість життя.

Оцінка асоційованої зі станом здоров'я якості життя (ЯЖ) – важливий чинник визначення тяжкості стану та стратегії лікування пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), дисфункцією лівого шлуночка (ДЛШ) і серцевою недостатністю (СН). Прагнення поліпшити ЯЖ – це одне з найважливіших завдань та критеріїв оцінки ефективності медикаментозної терапії стабільної ІХС з виявами СН, доцільності виконання реваскуляризаційних втручань [32, 36]. Саме здатністю вплинути на ЯЖ у певних категоріях пацієнтів з ІХС обґрунтовують потребу в здійсненні ендоваскулярної реваскуляризації або операції аортокоронарного шунтування (АКШ) [37, 66]. Незважаючи на це, в чинних узгоджених настановах дотепер зберігається невизначеність щодо оптимальних методів та обсягу оцінки ЯЖ у пацієнтів з ІХС, яка поєднується з ДЛШ і СН. До кінця не встановлено залежність змін ЯЖ від динаміки показників структурно-функціонального стану міокарда та повноти корекції ішемії

міокарда. Отже, існує потреба в систематизації сучасних методів оцінки ЯЖ, визначенні її предикторів, а також узагальненні даних про зміни ЯЖ при застосуванні різних підходів до лікування пацієнтів з ІХС і СН.

Методи оцінки якості життя

Основний інструмент отримання даних про якість життя пацієнтів з ІХС і СН – опитування пацієнта за допомогою стандартних анкет. Більшість із них охоплюють п'ять основних аспектів ЯЖ: 1) фізичний стан (фізична спроможність, обмеження, благополуччя); 2) психічний стан (рівні тривожності, депресії, контроль емоцій, поведінки, психологічне благополуччя); 3) соціальне функціонування (соціальні зв'язки); 4) рольове функціонування (рольове функціонування вдома, на роботі); 5) загальне суб'єктивне сприйняття стану свого здоров'я (оцінка стану і перспектив).

Розрізняють загальні та хворобоспецифічні методи оцінки ЯЖ (*таблиця*). У клінічних дослідженнях переважно застосовують такі загально-медичні опитувальники: Nottingham Health Profile (NHP) [35], Short Form Health Survey 12 (SF-12), Sickness Impact Profile (SIP), Short Form Health Survey 36 (SF-36) [18, 43], Quality of Well-Being Scale (QWB), European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D) [56], Process Quality Values (PQVs), WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) [39]. До хворобоспецифічних опитувальників належать анкета Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) [2, 22, 40], Seattle Angina Questionnaire (SAQ) [15, 70], Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36) [42], Chronic Heart Failure Questionnaire (CHFQ), Mac New Quality of Life After Myocardial Infarction (Mac New QLMI) [5, 26], Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) [34], Quality of Life Questionnaire in Severe Heart Failure (SHF) [52].

Поєднання загальних та хворобоспецифічних опитувальників дозволяє отримати найбільш повну інформацію при вивченні ЯЖ у пацієнтів

з ІХС і СН. Зокрема використання шкал Angina frequency, Physical limitation та Disease perception опитувальника SAQ давало змогу прогнозувати можливість виникнення гострого коронарного синдрому та смертність [54]. Пацієнти, в яких стенокардія виникала кілька разів на день (0–24 бали за шкалою AF), мали в 3,1 разу більше шансів бути госпіталізованими з приводу гострого коронарного синдрому, ніж ті, в яких стенокардія виникала менше одного разу на тиждень (75–100 балів). Частота виникнення стенокардії (незалежно від спричинених нею фізичних обмежень) мала зв'язок з підвищенням смертності протягом року ($P = 0,068$) на рівні тенденції, але була значуще пов'язана зі смертністю протягом двох років ($P = 0,033$) [54]. У пацієнтів із СН зміни в динаміці (зниження більш ніж на 5 балів) ЯЖ за даними опитувальника KCCQ асоціювалися зі збільшенням рівня смертності та частоти випадків госпіталізації [31], а також загальних витрат на надання допомоги [8]. І хоча кореляція між результатами опитувальників SF-36 і WHOQOL-BREF щодо оцінки ЯЖ у пацієнтів з ІХС загалом була слабкою, за окремими шкалами

Таблиця

Поширені методи оцінювання якості життя у пацієнтів з ІХС і СН [36, 49]

Опитувальник	Категорії пацієнтів	Шкали оцінювання	Сумарна оцінка
SAQ (Seattle Angina Questionnaire)	Ішемічна хвороба серця, стенокардія напруження, пацієнти з клінічними показаннями для навантажувальної проби та/або коронарографії	19 питань поділені на 5 шкал: PL (Physical limitation) – шкала обмеження фізичних навантажень AS (Angina stability) – шкала стабільності нападів стенокардії AF (Angina frequency) – шкала частоти нападів стенокардії TS (Treatment satisfaction) – шкала задоволеності лікуванням DP (Disease perception) – шкала ставлення до хвороби	Від 0 до 100 балів, найвищий бал є найкращим
MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire)	Серцева недостатність	21 питання, що оцінюють фізичні, соціальні та емоційні обмеження	Від 0 до 105, найнижчий бал є найкращим
SF-36 (Short Form Health Survey 36)	Загальний стан здоров'я	36 питань для оцінки 8 характеристик: PF (Physical function) – фізичне функціонування RP (Role-physical) – рольове функціонування, зумовлене фізичним станом BP (Bodily Pain) – інтенсивність болю GH (General health) – загальний стан здоров'я VT (Vitality) – життєва активність SF (Social function) – соціальне функціонування RE (Role-emotional) – рольове функціонування, зумовлене емоційним станом MH (Mental health) – психічне здоров'я Сумарні показники: PHsm (Physical component summary) – загальний показник фізичного здоров'я MHsm (Mental component summary) – загальний показник психічного здоров'я	Для кожної окремої з восьми характеристик та сумарних показників фізичного і психічного стану – шкала від 0 до 100 балів, де вищий бал асоціюється з кращою ЯЖ

були отримані майже однакові результати: фізичне функціонування (SF-36) та шкала фізичного здоров'я (WHOQOL-BREF) – відповідно 65,4 та 56,3 бала, психічне здоров'я (SF-36) та шкала психологічної складової (WHOQOL-BREF) – 67,5 та 58 балів, соціальне функціонування (SF-36) та шкала соціальної складової (WHOQOL-BREF) – 76,5 та 59,2 бала [39].

Чинники погіршення якості життя в пацієнтів з ішемічною хворобою серця та серцевою недостатністю

Якість життя в широкому розумінні – це здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до свого стану й отримувати задоволення від життя [64]. Поняття якості життя охоплює різні компоненти. Поряд з економічними, соціальними, технологічними та іншими, оцінюють медичні аспекти якості життя. До них відносять сприйняття пацієнтом виявів хвороби, спричинені нею обмеження функціональної здатності, а також вплив лікування на щоденну життєдіяльність. Асоційовану зі станом здоров'я ЯЖ характеризують як сприйняття невідповідності між фактичним і бажаним функціональним станом, загальний вплив хвороби на благополуччя певного пацієнта.

Погіршення ЯЖ може бути наслідком впливу окремих чинників ризику, власне виявів хвороби, а також застосованих методів лікування та контролю його ефективності [2]. Найпотужнішими визначальними чинниками асоційованої зі станом здоров'я ЯЖ є характер і частота виникнення симптомів, які можуть бути безпосереднім наслідком хвороби та застосування різних шляхів її лікування, зокрема медикаментозних засобів та інтервенцій. Вплив хвороби реалізується при клінічно виражених симптомах, що спричиняють об'єктивні та суб'єктивні порушення стану здоров'я і функціональних можливостей організму. Наголосимо, що зміни функціонального стану пацієнта обов'язково поєднують фізичну, психоемоційну та соціальну складові [50].

Рівень асоційованої зі станом здоров'я ЯЖ у пацієнтів з ІХС і СН може визначатися різноманітними чинниками, такими як вік, стать, етнічна група, ступінь вираження ДЛШ, функціональний клас СН за класифікацією NYHA, супутні хвороби (зокрема бронхолегенева патологія, цукровий діабет, фібриляція передсердь), психічний статус. Негативні зміни ЯЖ насамперед зумовлені фізичними (задишка, втома, біль, набряк, втрата апетиту) та психологічними (тривога, депресія) аспектами [68]. Утім, співвідношення цих виявів може бути різним: жінки частіше акцентують

увагу на фізичні обмеження [30], а чоловіки – на біль у грудях [14] та депресивні симптоми [33].

Вагомий незалежний чинник погіршення ЯЖ у пацієнтів з ІХС – похилий вік [49]. Крім того, симптоми і функціональні порушення були більш вираженими в чорношкірих пацієнтів з ІХС порівняно з пацієнтами європеїдної раси [29]. Із поширених чинників ризику відчутний негативний вплив на ЯЖ пацієнтів мало куріння [57]. За даними дослідження з використанням опитувальника SAQ, результати за шкалами обмеження фізичних навантажень (PL), частоти нападів стенокардії (AF) та ставлення до хвороби (DP) у курців були нижчими (відповідно 62,68; 63,49 і 48,39 бала), ніж у некурців (67,79; 62,55 і 50,46 бала) [20]. Втім, найпотужніший чинник погіршення ЯЖ у пацієнтів з ІХС – тяжкість симптомів хвороби [53]. Зокрема, втома, задишка й ангінозні болі знижували показники ЯЖ за окремими шкалами опитувальників SAQ (PL = 52,28; DP = 50,94) і SF-36 (PHsum = 32,86; MHsum = 46,93) [30] та асоціювалися зі збільшенням захворюваності [32]. Очевидно, стенокардія напруження та зумовлене нею зниження толерантності до фізичного навантаження найбільше впливають на ЯЖ у пацієнтів зі стабільною ІХС. Результати опитування 354 пацієнтів з ІХС у місті Токіо, здійсненого за допомогою опитувальника SAQ, вказують на пряму залежність ЯЖ від наявності симптомів ІХС [53].

Дані щодо впливу перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) на показники ЯЖ суперечливі [3]. Очевидно, цей вплив значною мірою залежить від ступеня вираження ДЛШ та клінічних виявів СН. У хворих із перенесеним ІМ без СН спостерігали менш виражене порушення ЯЖ порівняно з пацієнтами з СН без ІМ в анамнезі [25, 61]. В інших спостереженнях показники ЯЖ поступово погіршувалися протягом перших 12 міс після перенесеного ІМ. Найбільш помітні зміни спостерігали щодо фізичного, соціального функціонування, симптомів тривоги і депресії. Наголосимо, що показники ЯЖ, оцінені за опитувальниками SF-36 і NHR, залишалися зниженими протягом періоду від 1 до 5 років після перенесеного ІМ [6, 11].

Хронічна СН – потужний чинник погіршення ЯЖ у пацієнтів з ІХС [1, 2, 25]. Низьку ЯЖ у пацієнтів з СН пояснюють не лише безпосередньо симптомами хвороби, вираженням функціональних порушень [4], а й невизначеністю життєвої перспективи після встановлення діагнозу СН. Важливо, що погіршення ЯЖ у пацієнтів із СН було більшим, ніж при ІХС без СН [56]. Водночас у пацієнтів з СН показники ЯЖ, оцінені за даними опитувальника SF-36, виявилися

кращими порівняно з такими в пацієнтів із систолічною ДЛШ за шкалами PF (відповідно, 46,9 і 44,6), RP (41,9 і 39,2), BP (66,9 і 66,2), VT (42,6 і 43,2), SF (64,9 і 63), RE (64,2 і 62,8) і MN (69,6 і 69,1) [25]. Погіршення ЯЖ значно залежало від порушень структурно-функціонального стану міокарда і, зокрема, зниження фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ). Показник ФВ ЛШ під час госпіталізації пацієнтів з ІХС з приводу ІМ дозволяв прогнозувати рівень ЯЖ протягом 2,5 року після початку хвороби [65]. Втім, взаємозв'язок між ЯЖ і ФВ ЛШ характеризується помірною силою, що зумовлено багатофакторністю впливу структурно-функціонального стану міокарда на ЯЖ [45]. Зокрема, в дослідженні за участю 63 чоловіків із ДЛШ і симптомною СН опитувальник NHR відобразив залежність між часткою життєздатного міокарда, оціненою методом позитронно-емісійної томографії після реваскуляризації, і ЯЖ ($r=0,54$, $P=0,0001$) [35]. У дослідженні SAFÉ-II також доведено негативний вплив фібриляції передсердь на ЯЖ пацієнтів з СН [44]. Крім того, останнім часом значну увагу привертає можливий зв'язок ІХС із депресією [16, 69] та тривогою [60]. Досить характерні для ІХС афективні розлади негативно впливають на прихильність хворих до лікування і є перешкодою для дотримання рекомендацій. Крім того, вони посилюють соціальні наслідки ІХС: знижують працездатність, збільшують тривалість перебування в стаціонарі, вартість лікування, підвищують імовірність інвалідизації, таким чином негативно позначаються на ЯЖ.

Зміни якості життя на тлі медикаментозної терапії

Оцінку ефективності лікування пацієнтів з ІХС з або без СН у сучасних дослідженнях переважно здійснюють за впливом на тривалість та якість життя. Наголосимо, що поліпшення ЯЖ має для самого пацієнта принаймні не менше значення, ніж збільшення очікуваної тривалості життя. Співвідношення вказаних критеріїв є вагомим чинником еволюції лікування хворих на ІХС з клінічними виявами СН і зокрема підходів до медикаментозної терапії та вибору оптимальних методів реваскуляризації.

Серед засобів медикаментозного лікування пацієнтів зі стабільною ІХС у сучасних рекомендаціях виділяють базисну терапію (ацетилсаліцилова кислота (АСК), статини, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) або сартани) і препарати з антишемічною дією – ті, які безпосередньо впливають на симптоми хвороби [37]. АСК і статини розглядають як універ-

сальні прогнозомодифікувальні засоби, які втім не мають безпосереднього впливу на ЯЖ хворих. Інгібітори АПФ або сартани найбільш корисні за наявності додаткових показань, насамперед артеріальної гіпертензії, СН та/або цукрового діабету. Здатність блокаторів ренін-ангіотензинової системи забезпечувати помірне, але стійке поліпшення ЯЖ при довготривалому застосуванні можна насамперед пояснити їх сприятливими гемодинамічними ефектами. Зокрема, на тлі лікування СН інгібіторами АПФ спостерігали підвищення показників ЯЖ за шкалою RP опитувальника SF-36 з 30,74 до 43,03 бала, RE – з 54,64 до 67,21 бала, MN – з 72,98 до 75,93 бала [28].

У пацієнтів зі стабільною ІХС препарати з групи β -адреноблокаторів внесені до переліку антишемічних засобів, і лише в пацієнтів, які перенесли ІМ, вони мають доведену здатність поліпшувати прогноз виживання [37]. Причому сприятливі наслідки терапії β -адреноблокаторами тим більш відчутні, чим більш виражена ДЛШ. Саме в пацієнтів із СН та/або систолічною ДЛШ отримано переконливі докази позитивних клініко-гемодинамічних і прогностичних ефектів β -адреноблокаторів, які асоціюються з поліпшенням ЯЖ хворих. Зокрема в масштабному рандомізованому дослідженні MERIT-HF на тлі лікування спостерігали зниження сумарного показника за Міннесотським опитувальником на 0,7 бала в групі застосування метопрололу ($n=331$) і збільшення на 0,2 бала в групі плацебо ($n=339$) [24]. В іншому дослідженні з оцінкою ЯЖ через 12 тиж лікування СН із ДЛШ позитивні зміни за Міннесотським опитувальником реєстрували на тлі лікування метопрололом і карведилолом [51]. Сприятливі зміни ЯЖ відзначено при застосуванні блокатора рецепторів ангіотензину II валсартану порівняно з плацебо в дослідженні Val-HeFT. За даними опитувальника MLHFQ, зміни ЯЖ на тлі застосування валсартану і плацебо становили відповідно ($0,19 \pm 0,47$) і ($1,94 \pm 0,48$) бала ($p=0,005$) [10]. Про ефективність інгібіторів АПФ та β -адреноблокаторів для поліпшення ЯЖ у пацієнтів з ІХС, СН і зниженою ФВ ЛШ свідчили також результати, отримані за допомогою опитувальника SF-36 [25].

Неоднозначним може бути вплив діуретичної терапії на ЯЖ хворих із СН. З одного боку, активна діуретична терапія забезпечує швидке поліпшення фізичного компонента ЯЖ за рахунок усунення набряків і застійних виявів у легенях [21]. Водночас побічні ефекти діуретичної терапії, насамперед поліурія та слабкість, можуть суттєво обмежувати можливості поліпшення показників ЯЖ. Саме з огляду на кращу

переносність та рівномірний діуретичний ефект підтримувальна терапія торасемідом асоціювалася з кращою ЯЖ, ніж при лікуванні фуросемідом [38].

Вплив реваскуляризаційних втручань на якість життя хворих

Прагнення поліпшити ЯЖ хворих – одна з найважливіших підстав для здійснення реваскуляризаційних втручань у пацієнтів з ІХС і СН. Наголосимо, що в класичних рандомізованих дослідженнях – Veterans Administration Study [47], European Cooperative Study and Coronary Artery Surgery Study [7] – загалом не виявлено значущих відмінностей між впливом операції АКШ і медикаментозного лікування ІХС на довготривалий прогноз виживання. Але в пацієнтів із систолічною дисфункцією ЛШ хірургічне лікування ІХС дозволило майже вдвічі поліпшити виживання хворих [67]. Водночас елективне ендovasкулярне втручання зі стентуванням коронарних артерій переважно не покращує виживання, але може відчутно впливати на клінічні симптоми і ЯЖ пацієнтів [55]. Навіть у пацієнтів старечого віку після реваскуляризації міокарда зберігалася тенденція до відчутнішого поліпшення ЯЖ за даними опитувальника SF-12 порівняно з оптимізованою медикаментозною терапією [46]. Тож кінцеве рішення щодо доцільності виконання хірургічної або ендovasкулярної реваскуляризації міокарда повинно обов'язково брати до уваги потенційний вплив на ЯЖ хворих. Здійснені дотепер дослідження свідчать про те, що цей вплив може відрізнятися залежно від виду втручання (ендovasкулярне чи АКШ) та терміну після його виконання.

У дослідженні SIND коронарна ангіопластика виявилася ефективнішою, ніж медикаментозна терапія, для зменшення симптомів стенокардії [12, 13, 17, 27], скорочення термінів використання антиангінальних препаратів [41], поліпшення толерантності до фізичного навантаження і ЯЖ хворих [17, 23, 55]. У багатоцентровому рандомізованому дослідженні CABRI (Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization Investigation trial) за участю 1054 пацієнтів підтверджені безпечність і ефективність реваскуляризації у пацієнтів з ІХС обома методами. Через рік після втручання загалом не виявлено істотної відмінності ЯЖ в обстежених пацієнтів після перенесеного АКШ або ангіопластики; за окремими параметрами сприятливіший результат спостерігали після АКШ. Варто наголосити, що в цьому дослідженні допускалася неповна реваскуляризація міокарда через променевий доступ і

не виключалися пацієнти з оклюзією коронарної артерії. У пацієнтів з гіршим функціональним класом стенокардії перед реваскуляризацією у підсумку спостерігали відчутніше поліпшення ЯЖ хворих. Отримані дані свідчили також, що зміни ЯЖ у пацієнтів з ІХС після реваскуляризації міокарда не залежать від статі [63].

У дослідженні APPROACH (Alberta Provincial Project for Outcomes Assessment in Coronary Heart Disease) тривалістю 3 роки брали участь 21573 хворих похилого віку. У пацієнтів, які перенесли реваскуляризацію міокарда (АКШ або стентування), рівень ЯЖ за даними опитувальника SAQ був кращим порівняно з пацієнтами тієї ж вікової групи, в яких не виконували реваскуляризаційних втручань, а застосовували лише медикаментозну терапію. Позитивну динаміку за всіма 5 шкалами опитувальника SAQ спостерігали через один рік після АКШ (PL=63,3, AS=80,5, AF=85,5, DP=77,3, TS=88,6) та стентування (PL=63,2, AS=78,2, AF=84,0, DP=75,8, TS=87,1) порівняно з медикаментозною терапією (PL=62,1, AS=77,0, AF=83,0, DP=74,9, TS=86,3). Через 3 роки результати були також на користь реваскуляризації. Отже, поліпшення ЯЖ – це важливий аргумент на користь виконання АКШ або стентування в пацієнтів старших вікових груп [19]. Використання опитувальників SAQ та CROQ (Coronary Revascularization Outcome Questionnaire) дозволило встановити, що незалежно від обраного методу (АКШ чи стентування коронарних артерій) реваскуляризація суттєво поліпшує симптоми та фізичну активність пацієнтів з ІХС [62].

J.G. Cleland та співавтори [9] у дослідженні HEART оцінили зміни ЯЖ у пацієнтів з ІХС і СН після коронарної ангіопластики (n=15) та АКШ (n=30). Вже через 6 міс після втручання значущих відмінностей ЯЖ у порівнюваних групах не було, про що свідчили результати за опитувальниками EuroQol-5D (абсолютна відмінність між групами –0,023; 95 % довірчий інтервал від –0,144 до 0,097) і MQLHF (–3,9; 95 % довірчий інтервал від –11,4 до 3,5). Відмінностей не було також через 4 роки після втручання (P=0,63) [48].

В іншому дослідженні про поліпшення ЯЖ пацієнтів із багатосудинним ураженням коронарних артерій (n=988), яким здійснено реваскуляризацію міокарда, свідчили дані опитувальника SAQ. Після стентування (n=488) спостерігали поліпшення ЯЖ порівняно з початковими показниками за всіма шкалами на момент 6-місячного та річного спостереження (відповідно PL=56,6; 73,6; 75,2; AF=55; 8, 83,8; 86,9; TS=86,7; 89,2; 91,2; DP=39,5; 65,4; 69,8 бала). У групі пацієнтів, яким

виконали операцію АКШ (n=500), ЯЖ також поліпшилася (PL=54,3; 76,5; 76,6; AF=53,8; 89,7; 89,6; TS=86,2; 90,1; 90,0; DP=37; 69,1; 71,5 бала) [70].

Ще в одному дослідженні для характеристики змін ЯЖ пацієнтів з ІХС і СН після реваскуляризації міокарда використовували опитувальник SF-36 (n=480). Переваги АКШ або стентування коронарних артерій полягали в поліпшенні рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, фізичного функціонування, психічного здоров'я та загального стану здоров'я. Після виконання АКШ виявлено переваги за всіма 10 шкалами порівняно з медикаментозним лікуванням, а також порівняно зі стентуванням, за винятком шкали рольового функціонування, зумовленого емоційним станом. Своєю чергою, стентування мало переваги порівняно з медикаментозним лікуванням за впливом на фізичний та психічний статус, окрім показників фізичного болю [58].

Результати АКШ та ізольованої медикаментозної терапії в пацієнтів з ІХС, СН і ДЛШ щодо впливу на ЯЖ порівнювали також за даними опитувальника КССQ. Основний висновок полягав у відчутнішому ефекті в групі АКШ на ЯЖ пацієнтів. Різниця між сумарним показником ЯЖ у порівнюваних групах на користь оперативного втручання через 4 міс становила 4,4 бала (p<0,001), вона зберігалася через 12 міс (5,8 бала; p<0,001), 24 міс (4,1 бала; p=0,006) та 36 міс (3,2 бала; p=0,037). Показник шкали частоти стенокардії опитувальника SAQ також свідчив про кращу динаміку після хірургічного лікування: через 4 міс він був кращим на 9,4 бала (p<0,001), через 12 міс – на 9,2 бала (p<0,001), через 24 міс – на 6,7 бала (p<0,001), через 36 міс – на 4,3 бала (p=0,010). За даними опитувальника SF-36 вже через 4 міс після АКШ спо-

стерігали поліпшення ЯЖ хворих. Але найкращі показники ЯЖ були зареєстровані через 12 і 24 міс після операції [34]. За даними опитувальника SF-36 у пацієнтів, які перенесли операцію АКШ або стентування, найбільш відчутним було поліпшення за шкалою психічного здоров'я (з 54,81 до 77,66 бала) і погіршення за шкалою соціального функціонування (з 80,94 до 71,15 бала). Зміни ЯЖ не залежали від віку, статі та терміну оцінювання (рік чи три роки після реваскуляризації) [59].

Висновки

Таким чином, зміни асоційованої зі станом здоров'я якості життя (ЯЖ) – один із найважливіших критеріїв оцінки тяжкості стану, доцільності виконання реваскуляризаційних втручань у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, яка поєднується з ДЛШ і СН. У клінічних дослідженнях застосовують загальні та хворобоспецифічні методи оцінки ЯЖ. Найпотужніший чинник асоційованої зі станом здоров'я ЯЖ у пацієнтів з ІХС і СН – характер і частота виникнення ангінозних нападів. Хронічна СН, спричинена ДЛШ, – це потужний і незалежний чинник погіршення ЯЖ у пацієнтів з ІХС. Утім, погіршення ЯЖ у пацієнтів з ІХС та СН може визначатися також впливом демографічних чинників, супутніх хвороб та застосованих методів лікування. Потенційна здатність поліпшувати ЯЖ хворих – це вагомий фактор еволюції сучасних підходів до лікування хворих на ІХС з клінічними ознаками СН, зокрема медикаментозної терапії та реваскуляризаційних втручань. Вплив інтервенцій на ЯЖ пацієнтів з ІХС і СН може відрізнятися залежно від виду втручання (ендоваскулярне чи операція АКШ) та терміну після його виконання.

Література

1. Балева Є.С., Алешкина О.Ю. Перспективы исследования качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Бюллетень медицинских Интернет-конференций.– 2011.– № 1 (7).– С. 43–44.
2. Воронков Л.Г., Луцак О.О., Бабич П.М. Предикторы якості життя у хворих із хронічною серцевою недостатністю // Укр. мед. часопис.– 2011.– № 3 (83).– С. 86–88.
3. Крюков Н.Н., Качковский М.А. Влияние сердечной недостаточности на качество жизни больных инфарктом миокарда // Сердечная недостаточность.– 2005.– № 6 (4).– С. 169–171.
4. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью // Рус. мед. журн.– 1999.– № 2.– С. 84–87.
5. Ягенський А.В., Hofe S, Січкарук І.М. та ін. Оцінка якості життя у пацієнтів з ішемічною хворобою серця: результати валідації україномовної версії опитувальника MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life // Укр. кардіол. журн.– 2013.– № 3.– С. 22–28.
6. Brink E., Grankvist G., Karlson B.W., Hallberg L.R. Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction // Qual. Life Res.– 2005.– Vol. 14 (3).– P. 749–757.
7. Chaitman B.R., Ryan T.J., Kronmal R.A. et al. Coronary Artery Surgery Study (CASS): Comparability of 10 year survival in randomized and randomizable patients // J. Am. Coll. Cardiol.– 1990.– Vol. 16 (5).– P. 1071–1078.
8. Chan P.S., Soto G., Jones P.G. et al. Patient health status and costs in heart failure: insights from the Eplerenone Post-Acute Myocardial Infarction Heart Failure Efficacy and Survival Study (EPHESUS) // Circulation.– 2009.– Vol. 119.– P. 398–407.
9. Cleland J.G., Calvert M., Freemantle N. et al. The Heart Failure Revascularisation Trial (HEART) // Eur. J. Heart Fail. – 2011.– Vol. 13 (2).– P. 227–233.
10. Cohn J.N., Tognoni G. A Randomized Trial Of The Angiotensin-Receptor Blocker Valsartan In Chronic Heart Failure // New Engl. J. Med.– 2001.– Vol. 345 (23).– P. 1667–1675.
11. Crilly J.G., Farrer M. Impact of first myocardial infarction on self-perceived health status // QJM.– 2001.– Vol. 94 (1).– P. 13–18.
12. Dagenais G.R., Lu J., Faxon D.P. et al. Effects of optimal medical treatment with or without coronary revascularization on angina and subsequent revascularizations in patients with type 2 diabetes mellitus and stable ischemic heart disease // Circulation.– 2011.– Vol. 123 (14).– P. 1492–1500.

13. De Quadros A.S., Lima T.C., Rodrigues AP et al. Quality of life and health status after percutaneous coronary intervention in stable angina patients // *Cathet. Cardiovasc. Intervent.*– 2011.– Vol. 77.– P. 954–960.
14. DeVon H.A., Ryan C.J., Ochs A.L. et al. Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men // *Am. J. Crit. Care.*– 2008.– Vol. 17 (1).– P. 14–25.
15. Dougherty C.M., Dewhurst T., Nichol W.P. et al. Comparison of three quality of life instruments in stable angina pectoris: the Seattle Angina Questionnaire (SAQ), the Short Form Health Survey (SF-36) and the Quality of Life Index Cardiac Version III (QLI) // *J. Clin. Epidemiol.*– 1998.– Vol. 51.– P. 569–575.
16. Kicic B., Ercan E.A., Cehreli S. et al. The effect of emotional status and health-related quality of life on the severity of coronary artery disease // *Kardiologia Polska.*– 2014.– Vol. 72 (7).– P. 617–623.
17. Favaro M.E., Hueb W., Boden W.E. et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: A comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies – MASS II trial // *Int. J. Cardiol.*– 2007.– Vol. 116 (3).– P. 364–370.
18. Filade I., Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease // *J. Clin. Epidemiol.*– 2000.– Vol. 53.– P. 359–365.
19. Graham M.M., Norris C.M., Galbraith P.D. et al. Quality of life after coronary revascularization in the elderly // *Eur. Heart J.*– 2006.– Vol. 27.– P. 1690–1698.
20. Haddock C.K., Poston W.S.C., Taylor J.E. et al. Smoking and health outcomes after percutaneous coronary intervention // *Am. Heart J.*– 2003.– Vol. 145 (4).– P. 652–657.
21. Haerer W., Bauer U., Sultan N. et al. Acute and chronic effects of diuretic monotherapy by Piretanide in congestive heart failure – a placebo-controlled trial // *Cardiovasc. Drugs. Ther.*– 1990.– Vol. 4.– P. 515–522.
22. Hak T., Willems D., van der Wal G. et al. A qualitative validation of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire // *Qual. Life Res.*– 2004.– Vol. 13.– P. 417–426.
23. Henderson R.A., Pocock S.J., Clayton T.C. et al. Seven-year outcome in the RITA-2 trial: Coronary angioplasty versus medical therapy // *J. Am. Coll. Cardiol.*– 2003.– Vol. 42 (7).– P. 1161–1170.
24. Hjalmarson A., Goldstein S., Fagerberg B. Effects of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations, and well-being in patients with heart failure: MERIT Heart Failure // *JAMA.*– 2000.– Vol. 283.– P. 1295–1302.
25. Hobbs F.D., Kenkre J.E., Roalke A.K. et al. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population // *Eur. Heart J.*– 2002.– Vol. 23 (23).– P. 1867–1876.
26. Hofer S., Lim L., Guyatt G., Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary // *Health Qual Life Outcomes.*– 2004.– Vol. 2.– P. 3.
27. Hueb W.A., Soares P.R., Almeida De Oliveira S. et al. Five-year follow-up of the medicine, angioplasty, or surgery study (MASS): a prospective, randomized trial of medical therapy, balloon angioplasty, or bypass surgery for single proximal left anterior descending coronary artery stenosis // *Circulation.*– 1999.– Vol. 100.– P. 107–113.
28. Jenkinson C., Jenkinson D., Shepperd S. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients aged 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and Coop Charts) // *Age and Ageing.*– 1997.– Vol. 26.– P. 7–13.
29. Kaul P., Lytle B.L., Spertus J.A. et al. Influence of racial disparities in procedure use on functional status outcomes among patients with coronary artery disease // *Circulation.*– 2005.– Vol. 111.– P. 1284–1290.
30. Kimble L.P., McGuire D.B., Dunbar S.B. Gender differences in pain characteristics of chronic stable angina and perceived physical limitation in patients with coronary artery disease // *NIH Public Access.*– 2003.– Vol. 101 (10).– P. 45–53.
31. Kosiborod M., Soto G.E., Jones P.G. et al. Identifying heart failure patients at high risk for near-term cardiovascular events with serial health status assessments // *Circulation.*– 2007.– Vol. 115.– P. 1975–1981.
32. Lee G.A. Coronary artery disease and quality of life. Baker IDI Heart and Diabetes Institute.– Melbourne, Australia, 2010.– P. 1–10.
33. Littik M.L., Lesman-Leegte I., Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender // *J. Card. Fail.*– 2009.– Vol. 15 (7).– P. 580–585.
34. Mark D.B., Knight J.D., Velazquez E.J. et al. Quality-of-life outcomes with coronary artery bypass graft surgery in ischemic left ventricular dysfunction: a randomized trial // *Ann. Intern. Med.*– 2014.– Vol. 161 (6).– P. 392–399.
35. Marwick T.H., Zuchowski C., Lauer M.S. Functional status and quality of life in patients with heart failure undergoing coronary bypass surgery after assessment of myocardial viability // *J. Am. Coll. Cardiol.*– 1999.– Vol. 33 (3).– P. 750–758.
36. Mommersteeg P.M.C., Denollet J., Spertus J.A. et al. Health status as a risk factor in cardiovascular disease: a systematic review of current evidence // *Amer. Heart J.*– 2008.– Vol. 10.– P. 1–11.
37. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart J.*– 2013.– Vol. 34.– P. 2949–3003.
38. Müller K., Gamba G., Jaquet F. Torasemide vs. furosemide in primary care patients with chronic heart failure NYHA II to IV – efficacy and quality of life // *Eur. J. Heart Fail.*– 2003.– Vol. 5 (6).– P. 793–801.
39. Najafi M., Sheikhatvan M., Montazeri A. et al. Quality of life in coronary artery disease: SF-36 compared to WHOQOL-BREF // *J. Tehran University Heart Center.*– 2008.– Vol. 3 (2).– P. 101–106.
40. Nogueira I.D.B., Servantes D.M., Nogueira P.A. de MS. Correlation between quality of life and functional capacity in cardiac failure // *Arq. Bras. Cardiol.*– 2010.– Vol. 95 (2).– P. 238–243.
41. Norris C.M., Saunders L.D., Ghali W.A. et al. Health-related quality of life outcomes of patients with coronary artery disease treated with cardiac surgery, percutaneous coronary intervention or medical management // *Can. J. Cardiol.*– 2004.– Vol. 20 (12).– P. 1259–1266.
42. O’Leary C., Jones P. The left ventricular dysfunction questionnaire (LVD-36): reliability, validity, and responsiveness // *Heart.*– 2000.– Vol. 83 (6).– P. 634–640.
43. Pelegrino V.M., Dantas R.A.S., Clark A.M. Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure, *Revista Latino-Americana de Enfermagem // Heart Lung.*– 2011.– Vol. 19 (3).– P. 451–457.
44. Pepine C.J. Effects of pharmacologic therapy on health-related quality of life in elderly patients with atrial fibrillation: a systematic review of randomized and nonrandomized trials // *Cardiology.*– 2013.– Vol. 7.– P. 1–20.
45. Pettersen K.I. Health-related quality of life after myocardial infarction: methods for assessment and determinants // *Faculty of Medicine, University of Oslo.*– 2008.– Vol. 689.– P. 1–54.
46. Pfisterer M., Buser P., Osswald S. et al. Trial of Invasive versus Medical therapy in Elderly patients (TIME) Investigators. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs optimized medical treatment strategy: one-year results of the randomized TIME trial // *JAMA.*– 2003.– Vol. 289 (9).– P. 1117–1123.
47. Poblete P.F., Kyle M.C., Pipberger H.V. et al. Effect of treatment on morbidity in hypertension. veterans administration cooperative study on antihypertensive agents. Effect on the electrocardiogram // *Circulation.*– 1973.– Vol. 48.– P. 481–490.
48. Pron G. Coronary Revascularization in Ischemic Heart Failure Patients: a rapid review // *Health Quality Ontario.*– 2013.– Vol. 1.– P. 28.
49. Rumsfeld J.S., Alexander K.P., Goff D.C. Jr, Graham M.M. Cardiovascular health: the importance of measuring patient-reported health status: a scientific statement from the American Heart Association // *Circulation.*– 2013.– Vol. 127 (22).– P. 2233–2249.
50. Rumsfeld J.S., MaWhinney S., McCarthy M.Jr. 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 (14).– P. 1298–1303.
51. Sanderson J.E., Chan S.K.W., Yip G. Beta-blockade in heart failure. A comparison of carvedilol with metoprolol // *JACC.*– 1999.– Vol. 34 (5).– P. 1522–1528.
52. Scarinzi C., Berchiolla P., Ghidina M. et al. The Severe Heart Failure Questionnaire: Italian translation and linguistic validation // *J. Preventive Medicine and Hygiene.*– 2008.– Vol. 49 (4).– P. 152–157.
53. Seki S., Kato N., Ito N. et al. Validity and reliability of Seattle Angina Questionnaire Japanese version in patients with coronary artery disease // *Asian Nursing Research.*– 2010.– Vol. 4 (2).– P. 57–63.
54. Spertus J.A., Jones P., McDonnell M. et al. Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease // *Circulation.*– 2002.– Vol. 106.– P. 43–49.
55. Spertus J.A., Salisbury A.C., Jones P.G. et al. Predictors of quality-of-life benefit after percutaneous coronary intervention // *Circulation.*– 2004.– Vol. 110.– P. 3789–3794.
56. Spiraki C., Kaitelidou D. Health-related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece // *Hellenic J. Cardiol.*– 2008.– Vol. 49.– P. 241–247.
57. Taira D.A., Seto T.B., Ho K.K.L. Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary revascularization // *Circulation.*– 2000.– Vol. 102.– P. 1369–1374.
58. Takiuti M.E., Hueb W., Hiscock S.B. et al. Quality of life after surgical myocardial revascularization, angioplasty or medical treatment // *Arq. Bras. Cardiol.*– 2007.– Vol. 88 (5).– P. 475–481.

59. Tofighi S., Kiadaliri A.A., Sadeghifar J. et al. Health-related quality of life among patients with coronary artery disease: a post-treatment follow-up study in Iran // *Cardiology Research and Practice*.– 2012.– Vol. 1–6.
60. Torado J.F., Shen B.J., Raffa S.D. Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease // *J. Cardiopulmonary Rehabilitation*.– 2007.– Vol. 27.– P. 86–91.
61. Van Jaarsveld C.H., Sanderman R., Miedema I. et al. Changes in health-related quality of life in older patients with acute myocardial infarction or congestive heart failure: a prospective study // *J. Am. Geriatr. Soc.*– 2001.– Vol. 49 (8).– P. 1052–1058.
62. Wadie B., Shaheen S., Nashat E. Quality of life assessment after coronary artery revascularization using coronary revascularization outcome questionnaire in ischemic Egyptian patients // *Med. J. Cairo Univ.*– 2013.– Vol. 81 (1).– P. 1–5.
63. Währborg P., on behalf of the CABRI trialists. Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. 1-year follow-up in the coronary angioplasty versus bypass revascularization investigation (CABRI) trial // *Eur. Heart J.*– 1999.– Vol. 20.– P. 653–658.
64. Williams G.H. Quality of life and its impact on hypertensive patients // *Amer. J. Med.*– 1987.– Vol. 82.– P. 99–105.
65. Wilson I.B., Cleary P.D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes // *JAMA*.– 1995.– Vol. 273 (1).– P. 59–65.
66. Windecker S., Kolh P., Alfonso F. et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.*– 2014.– Vol. 46 (4).– P. 517–592.
67. Yusuf S., Zucker D., Passamani E. et al. 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 (8922).– P. 563–570.
68. Zambroski C.H., Moser D.K., Bhat G. et al. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure // *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.*– 2005.– Vol. 4 (3).– P. 198–206.
69. Zellweger M.J., Osterwalder R.H., Langewitz W. et al. Coronary artery disease and depression // *Eur. Heart J.*– 2004.– Vol. 25.– P. 3–9.
70. Zhang Z., Mahoney E.M., Stables R.H. et al. Disease-specific health status after stent-assisted percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. one-year results from the Stent or Surgery trial // *Circulation*.– 2003.– Vol. 108 (14).– P. 1694–1700.

О.И. Жарінов¹, Н.Б. Іванюк², О.А. Епанчинцева², Р.М. Вітовський¹, Б.М. Тодуров²

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

² ГУ «Институт сердца МЗ Украины», Киев

Качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью

Систематизирована современная информация о методах оценки и предикторах изменений качества жизни (КЖ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), дисфункцией левого желудочка (ДЛЖ) и сердечной недостаточностью (СН), а также о влиянии медикаментозных средств и реваскуляризационных вмешательств на КЖ больных. Ассоциированное с состоянием здоровья КЖ оценивают с помощью общих и специфических опросников. Уровень ассоциированного с состоянием здоровья КЖ у пациентов с ИБС и СН зависит от многих факторов, таких как возраст, пол, этническая группа, сопутствующие заболевания, выраженность ДЛЖ, функциональный класс СН по NYHA, психический статус и другие. Однако самым мощным определяющим фактором КЖ является характер и частота возникновения симптомов заболевания. Соотношение влияния на продолжительность и КЖ больных является весомым фактором эволюции лечения больных ИБС с клиническими проявлениями СН, в частности подходов к медикаментозной терапии и выбора оптимальных методов реваскуляризации. Результаты проведенных контролируемых исследований свидетельствуют, что влияние интервенций на КЖ пациентов с ИБС и СН может отличаться в зависимости от вида вмешательства (эндоваскулярное или операция аортокоронарного шунтирования) и срока после его выполнения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, дисфункция левого желудочка, реваскуляризация, качество жизни.

O.J. Zharinov¹, N.B. Ivaniuk², O.A. Epanchintseva², R.M. Vitovsky¹, B.M. Todurov²

¹ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

² Heart Institute Healthcare Ministry of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Quality of life in patients with ischemic heart disease and heart failure

Contemporary information on methods of assessment and predictors of health-related quality of life (HRQOL) in patients with ischemic heart disease (IHD), left ventricular dysfunction (LVD) and heart failure (HF), as well as impact of drugs and revascularization procedures on HRQOL of patients is reviewed in the article. Health-related quality of life is assessed by general and disease-specific questionnaires. The level of HRQOL in patients with IHD and heart failure depends on many factors, such as age, gender, ethnicity, LVD severity, HF NYHA functional class, mental status, etc. But the most powerful determinant of HRQOL is the nature and frequency of symptoms. The ratio of influence on duration and quality of life is an important factor in the evolution of IHD treatment in patients with clinical manifestations of heart failure, including approaches to drug therapy and the choice of optimal revascularization techniques. The results of the conducted controlled studies indicate that the effect of interventions on the HRQOL of patients with IHD and HF may differ depending on type of intervention (endovascular or CABG) and duration of period after it.

Key words: ischemic heart disease, left ventricular dysfunction, revascularization, quality of life.