

## ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УЛУЧШЕНИЮ ПРОГНОЗА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

<sup>1</sup>Новикова Р.А., <sup>2</sup>Жих О.Д., <sup>1</sup>Романенко В.А., <sup>1</sup>Шаплыко К.А.

<sup>1</sup>Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница», Минск,  
Республика Беларусь

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), по-прежнему, является лидирующей причиной смертности взрослого населения во всем мире. В 2012 году ИБС унесла жизни 7,4 млн людей, в связи с чем актуальность данной проблемы сохранна, в том числе и для Республики Беларусь. По данным эпидемиологических исследований распространенность ИБС различна в разных странах мира и увеличивается в молодом возрасте. В эпидемиологических исследованиях при выявлении лиц, страдающих ИБС, обычно используется вопросник Роуза для выявления стенокардии напряжения и изменений ЭКГ, часто встречающихся при ИБС. Необходимо отметить, что показатели распространенности ИБС могут варьировать в зависимости от избранных критериев выявления заболевания, что следует учитывать при сравнении данных различных исследований. По данным разных авторов ИБС имеет место у 5-15% мужчин 40-59 лет. В рекомендациях группы экспертов Европейского общества кардиологов на основании анализа результатов ряда крупных эпидемиологических программ отмечается, что в странах с высокой и относительно высокой распространенностью ИБС, а Республика Беларусь относится именно к таким странам, число лиц, страдающих ИБС, составляет 30–40 тысяч на миллион населения. При этом более чем у половины, из-за тяжести симптомов ИБС, серьезно ограничена их повседневная активность, что нередко ведет к преждевременному уходу на пенсию, временной, а также стойкой утрате трудоспособности [1]. Чаще всего это пациенты, не получающие своевременного лечения, не отличающиеся должной приверженностью к лечению или начавшие его получать слишком поздно. Одной из остро возникающих проблем в вопросе ИБС является своевременность диагностики и возможность использования наиболее информативного метода определения степени поражения коронарных артерий - коронароангиографии (КАГ) именно в плановом порядке, а не только в условиях острого коронарного синдрома (ОКС) с целью реваскуляризации [2,3]. По-прежнему актуальным остается вопрос достоверности показателей липидного спектра крови, в той или иной степени, свидетельствующего о возможных изменениях в коронарных артериях [4].

Социальная направленность медицины и увеличение средней продолжительности жизни требует более широкого внедрения мероприятий по повышению качества жизни пациентов: КАГ с чрескожной ангиопластикой (ЧКА), тромболитической терапии (ТЛТ) с целью реваскуляризации, а также аортокоронарного шунтирования (АКШ) [5].

**Цель работы:** определение степени влияния выполненных КАГ, ТЛТ и АКШ на эффективность лечения, качество жизни пациентов и прогноз.

**Материал и методы:** Нами исследовано 180 пациентов с различными формами ИБС, классами стенокардии в возрасте от 30 до 75 лет, 133 мужчины и 47 женщин. Давность заболевания до 5 лет – было 50%, 6-10 лет – 28%, впервые возникшая у 39 человек (22%) – из них крупноочаговый инфаркт миокарда развился у 10 человек (6%), мелкоочаговый - у 13 человек (7%), нестабильная стенокардия имела место в 12 % случаев. Высокая приверженность к лечению пациентов с длительностью ИБС до 5 лет – 72%, 6-10 лет – 77%. Все получали лечение по протоколу.

Всем пациентам в период обострения была выполнена КАГ. Показанием для КАГ было упорство болевого синдрома или ишемия миокарда, невзирая на проводимую терапию. При

этом ЧКА с целью реперфузии была выполнена 25 пациентам (14%). ТЛТ выполнено 10 пациентам (6%) (стрептокиназой – 7, металлизой – 3).

КАГ в анамнезе была у 40 пациентов (22%), при этом ЧКА выполнена была 23 пациентам (13%) у них же стентирована передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА), ТЛТ (достоверно по предъявленной документации) – у 10 пациентов (6%). АКШ в анамнезе у 11(6%) пациентов.

После КАГ все пациенты были разделены на 3 группы. 1 группа - без гемодинамически значимого поражения коронарных артерий – 63 человека (35%), 2 группа – с поражением правой коронарной артерии и её ветвей – 37 пациентов (21%), 3 группа – с поражением левой коронарной артерии и её ветвей – 80 пациентов (44%). Всем пациентам проводилось ЭКГ, ЭхоКГ с определением фракции выброса (ФВ), конечного диастолического объёма (КДО), зон гипо/а/дискинеза. Определялся липидный спектр крови, изучался анамнез (проведение АКШ в прошлом и характер боли после АКШ), факторы риска по развитию ИБС – индекс массы тела (ИМТ), наличие сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), гиподинамии. С помощью составленного опросника (часть Миннесотского опросника) был изучен показатель изменений качества жизни по 4-х бальной системе, обусловленных течением ИБС, в разных возрастных группах пациентов с ИБС. Опросник включал бальную шкалу (от 0 до 4 баллов): оценивали физический и психоэмоциональный статус, экономическое положение пациента, удовлетворённость жизнью, влиянии симптомов болезни на жизнь. Менее 5 набранных баллов рассматривали как хорошее качество жизни (минимальная степень изменений), 5-10 баллов – удовлетворительное (лёгкая степень изменений), 10-15 баллов – неудовлетворительное (средняя степень изменений), 15-20 баллов – плохое (выраженная степень изменений).

**Результаты:** в 1 группе 63 пациента –(35%) - без гемодинамически значимого поражения коронарных артерий - было 17 (27%) женщин, 46 (73%) мужчин. Возраст: от 40 до 60 лет - 61 пациент (97%), от 61 до 75 – 2 (3%) человека.

Наблюдался классический ангинозный болевой синдром у 45 человек (71%), у 10 (16 %) по типу вазоспастической стенокардии, у 8 (13 %) пациентов – безболевого ишемия миокарда. У всех пациентов выявлена сопутствующая АГ. СД имел место в 24% случаев (15 человек). Инфаркт миокарда в анамнезе у всех пациентов отсутствовал. КАГ по анамнезу ни у кого ранее не выполнялась. Впервые возникшая симптоматика имела место у 15 (24%) пациентов, давность ИБС до 5 лет – 28 чел (38,3%), от 5 до 10 лет – 20 чел (37,7%). Повышение ИМТ (более 25 единиц) имело место в 33 % случаев (21 человек). Гиподинамия в разной степени отмечалась у всех пациентов.

Холестерин и триглицериды в основном не превышали норму и только у 5 (8%) пациентов холестерин –  $5,8 \pm 0,5$  ммоль/л и триглицериды у 6 (10 %) пациентов выше нормы –  $2,9 \pm 0,4$  ммоль/л. Изменения качества жизни: у 15 (24%) пациентов минимальные (пациенты с впервые возникшей симптоматикой), легкую степень изменений отметили 20 (32%) пациентов, среднюю – 22 (35%), выраженную – 6 (9%). На ЭКГ и ЭхоКГ без выраженных изменений. Учитывая данные КАГ и анамнез заболевания (впервые возникшая симптоматика) 15 пациентам (24%) диагноз был изменен на вазоспастическую стенокардию.

2 группа с поражением правой коронарной артерии и её ветвей у 37 пациентов (21%), 10 (27%) женщин, 27 (73%) мужчин. Возраст: от 40 до 60 лет – 33 пациента (90%), от 61 до 75 – 4 (10%) человека.

Наблюдался классический ангинозный болевой синдром у 25 человек (68%), у 7 (19%) по типу «чувства нехватки воздуха», у 5 (13 %) пациентов – безболевого ишемия миокарда. Давность заболевания до 5 лет у 15 человек (40,6%), от 5 до 10 лет – 22 (59,4%). У всех пациентов выявлена сопутствующая АГ. СД имел место в 29% случаев (11 человек). Инфаркт миокарда в анамнезе у 12 (32%) человек. У 5 пациентов снижение сократительной способности миокарда. ФВ –  $45,5 \pm 2,4\%$ , КДО –  $230 \pm 6,2$  мл. У них же зоны гипокинеза и акинеза на ЭхоКГ, на ЭКГ – признаки постинфарктных рубцов. КАГ в анамнезе у 11 (30%)

человек, у 3-х АКШ – улучшение более 5 лет, стентирование у 4-х человек (улучшение 4 года), у 4-х ЧКА не проводилась. Впервые возникшая симптоматика имела место у 9 (24%) пациентов. Повышение ИМТ (более 25 единиц) имело место в 40 % случаев (15 человек). Гиподинамия в разной степени отмечалась у всех пациентов. Холестерин и триглицериды в основном не превышали норму и только у 4 (11%) пациентов холестерин –  $5,7 \pm 0,5$  ммоль/л и триглицериды у 5 (14 %) пациентов выше нормы –  $2,9 \pm 0,5$  ммоль/л. Изменения качества жизни: у 9 (24%) пациентов – минимальная степень изменений (пациенты с впервые возникшей симптоматикой), легкую степень изменений отметили 15 (41%) пациентов, среднюю – 9 (24%), выраженную – 4 (11%). При повторной КАГ – у 10 человек (27,0%) поставлен стент, двум назначена консультация кардиохирурга.

3 группа – пациенты с поражением левой коронарной артерии и её ветвей (80 пациентов – 44%) было 20 (25%) женщин, 60 (75%) мужчин. Возраст: от 40 до 60 лет 62 пациента (78%), от 61 до 75 – 17 (21%) человек, 1 (1%) пациент – 33 года.

Наблюдался классический ангинозный болевой синдром у 55 человек (69%), у 18 (12 %) по типу вазоспастической стенокардии, у 7 (9 %) пациентов – безболевого ишемия миокарда. У всех пациентов выявлена сопутствующая АГ. СД имел место в 35% случаев (у 28 человек). Инфаркт миокарда в анамнезе у 19 (24%) человек. У 15 пациентов снижение сократительной способности миокарда. ФВ –  $44,5 \pm 3,4\%$ , КДО –  $220 \pm 5,2$  мл. У них же зоны гипокинеза и акинеза на ЭхоКГ, на ЭКГ – у 15 признаки постинфарктных рубцов, у 4-х – ишемия миокарда, КАГ в анамнезе у 29 (36,25%) человек (в 23 случаях поставлен стент в левую коронарную артерию, после стентирования у 20 пациентов улучшение: снижение частоты приема нитратов на протяжении более 5 лет, а именно уменьшение частоты ангинозных приступов с 2 раз в неделю, до 1 раза в 2 месяца); у 3-х пациентов – слабopоложительный результат, АКШ в анамнезе у 11 (14%) человек. После АКШ улучшение у 6 человек (уменьшение интенсивности болевых приступов в течение 5 лет, у 1 человека без улучшений). ТЛТ у 10 (13%) пациентов, у которых боли полностью не купировались в связи с чем выполнялась ЧКА. С целью реперфузии ЧКА выполнена 25 (31%) пациентам. Впервые возникшая симптоматика имела место у 15 (19%) пациентов. Повышение ИМТ (более 25 единиц) имело место в 47 % случаев (38 человек). Гиподинамия в разной степени отмечалась у всех пациентов. Холестерин и триглицериды в основном не превышали норму и только 8 (10%) пациентов холестерин –  $5,9 \pm 0,6$  ммоль/л и триглицериды у 5 (6 %) пациентов выше нормы –  $2,9 \pm 0,6$  ммоль/л. Изменения качества жизни: у 15 (19%) пациентов удовлетворительное (пациенты с впервые возникшей симптоматикой), легкую степень изменений отметили 37 (46 %) пациентов (в данную категорию входили все пациенты с ЧКА и АКШ в анамнезе), среднюю – 19 (24%), выраженную – 9(11%). Отдельно в рамках данной группы проанализировано качество жизни пациентов с ЧКА 23 пациента (29%) в анамнезе и без выполнения. При этом все пациенты с ЧКА в анамнезе набрали менее 10 баллов, что соответствует минимальной и лёгкой степени изменений, в то время как пациенты без ЧКА из 57 человек 28 пациентов (49%) имели выраженную и среднюю степень выраженности изменений.

**Заключение:** проведенное исследование показало, что чаще стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий страдают мужчины, особенно имеющие факторы риска – АГ, гиподинамия, сахарный диабет (30%) и повышение ИМТ (40%). Изменения со стороны липидного спектра крови чаще не соответствовали изменениям со стороны сосудистой стенки, при этом показатели общего холестерина и триглицеридов часто остаются в пределах нормальных значений, в тоже время при КАГ регистрируется достоверно значимое стенозирование коронарных артерий, что в последующем приводит к развитию инфаркта миокарда, снижает качество жизни и усугубляет прогноз. Значимым механизмом развития ишемии миокарда, помимо стенозирующего атеросклероза коронарных артерий по-видимому, является их спазм, о чем свидетельствуют данные исследований 1 группы – наличие без гемодинамически значимых окклюзий коронарных артерий. Это может указывать на вазоспастическую или микроваскулярную стенокардию, а

следовательно, требует улучшения и унификации подходов к их диагностике и специфическому лечению. Наиболее часто встречается стенозирующий атеросклероз левой коронарной артерии.

Оценка качества жизни пациентов в группах с проведенной КАГ с ЧКА и без ЧКА, свидетельствуют, что проведение ЧКА улучшает качество жизни пациентов, а также снижает потребность в нитратах на протяжении ближайших 5 и более лет. У пациентов с изолированно проведенной ТЛТ в анамнезе не всегда удавалось купировать боль и приходилось прибегать к ЧКА. После проведенного АКШ снижение потребности в нитратах, а также урежение болевых приступов отмечено у половины пациентов. У них оказались значительно менее выражены изменения на ЭКГ и ЭхоКГ, что естественно улучшает прогноз.

#### **Выводы:**

1. Характер болевого синдрома у больных с поражением коронарных артерий и без поражения клинически не позволяет достоверно дифференцировать вид стенокардии и уточнить степень поражения коронарных артерий.

2. Во всех случаях упорного болевого синдрома необходимо как можно раньше проводить КАГ.

3. Наиболее рано проведенные КАГ и ЧКА позволяют уменьшить изменения в миокарде, что, естественно, может улучшить течение заболевания и его прогноз.

4. Липидный спектр сыворотки крови не всегда соответствует степени поражения коронарных артерий и не может служить абсолютным критерием ее диагностики.

5. Особое внимание следует обращать на диагностику атеросклероза коронарных артерий у мужчин пожилого возраста с АГ, сахарным диабетом и повышенным ИМТ.

6. Изолировано проведенная ТЛТ не всегда эффективна, нередко не купирует полностью болевой синдром и требует дополнительно спасительной или подготовленной ЧКА.

7. В перспективе КАГ должна быть первоочередным исследованием у всех больных ИБС с последующим выполнением при необходимости ЧКА или АКШ.

8. Раннее проведение КАГ и ЧКА значительно улучшает качество жизни больных ИБС, позволяет снизить количество медикаментов, уменьшает количество госпитализаций, снижает инвалидизацию, даёт экономический эффект.

#### **Литература**

1. Крюков Н.Н. Ишемическая болезнь сердца. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы / Н.Н. Крюков, В.П. Поляков, Е.Н. Николаевский.– Макет ООО «ИПК «Содружество», 2010.–651 с.

2. Марков В.А. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда / В.М. Марков, Е.В. Вышлов – НИИ кардиологии СО РАМН: Макет STT, 2011.– 148 с.

3. Митьковская Н.П. Тромболитическая терапия на амбулаторном этапе / Н.П. Митьковская, Э.В. Козырев, О.А. Шаранова, А.Н. Мороз // Кардиология в Беларуси.–2010.–№1 (08) – С.13-26.

4. Нестеров Ю.И. Атеросклероз: диагностика, лечение, профилактика. Ростов-на-Дону.–2007.–с. 3.

5. Нгуен Т.Н. Интервенционная кардиология. Практическое руководство / Т.Н. Нгуен – М.: Медицинская литература, 2013.– 376 с.