

Оценка качества жизни в коронарной хирургии

В.Н.БЕЛОВ

Life quality evaluation in coronary surgery

V.N.BELOV

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Воронежская областная клиническая больница №1

Воронежский межтерриториальный кардиохирургический центр

В статье представлены данные о современной концепции изучения качества жизни в клинической медицине. Проведен обзор основных подходов к оценке данного показателя у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), представлены наиболее часто используемые для определения уровня качества жизни в кардиологии и кардиохирургии общие и специальные опросники. В статье анализируется влияние на данный показатель в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах хирургической и эндоваскулярной реваскуляризации миокарда, а также зависимость уровня качества жизни после коронарного шунтирования/стентирования коронарных артерий от демографических и клинических показателей.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование

The article represents data about the modern conception of life quality studying in clinical medicine. The survey of basic approaches to the evaluation of this characteristic in patients with ischemic heart disease has been made; general and specific questionnaires, which are most frequently used in cardiology and cardio surgery in order to determine life quality level, are represented. In the article the influence of surgical myocardial revascularization on this characteristic in the nearest and distant post-operating period has been analyzed, and the dependence of life quality level after coronary bypass/stenting of coronary arteries on demographic and clinical characteristics has been examined as well.

Key words: quality of life, ischemic heart disease, coronary bypass

В настоящее время под качеством жизни (КЖ) большинством исследователей подразумевается характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [3]. Сердечно-сосудистые заболевания были одним из первых разделов клинической медицины, где стали проводиться крупномасштабные исследования КЖ. С одной стороны, это связано с большой распространенностью данной патологии, с другой – с тем, что КЖ у пациентов с заболеваниями сердца и сосудов является важным критерием тяжести состояния и эффективности проводимой терапии [6, 18]. В современной медицинской литературе используется понятие «КЖ, обусловленное здоровьем» (health-related quality of life), которое оценивает компоненты данного показателя, ассоциированные с тем или иным заболеванием, и позволяет дифференцированно определять влияние болезни и лечения на физическое, психологическое, эмоциональное состояние больного и его социальный статус [20]. Использование клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов направлено, главным образом, на оценку их функционального состояния, между тем такие важные аспекты данного показателя, как психоэмоциональное состояние, социальный статус и отношение самого больно-

го к своему состоянию при оценке тяжести пациента не учитываются. Изучение КЖ позволяет получить целостное представление о самочувствии пациента, увидеть «целостность ситуации болезни глазами больного» [1].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) на сегодняшний день – одна из наиболее часто встречаемых сердечно-сосудистых патологий в кардиологической практике. Для оценки КЖ пациентов с ИБС используются как общие, так и специальные опросники. Наиболее часто из общих методик в настоящее время применяется «Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form health survey» (SF-36) [21]. Она состоит из 8 шкал и оценивает 2 основных компонента КЖ: психологический и физический. Первый включает в себя 4 шкалы: жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование и психологическое здоровье. Второй компонент представлен также 4 шкалами: физическое функционирование, физическое ролевое функционирование, боль и общее здоровье. SF-36 широко используется для популяционных исследований в различных странах мира. Данный опросник применялся также для оценки экономической эффективности хирургического и эндоваскулярного лечения ИБС. Применение специальных опросников для больных ИБС обусловлено тем, что используемая для

оценки тяжести стенокардии (Ст.) классификация Канадского общества кардиологов является довольно общей и не учитывает умеренных изменений симптомов или физической активности пациентов с ИБС. Данная классификация, кроме того, представляет собой инструмент оценки врачом состояния больного и может недостаточно точно отражать ощущения самого пациента. Оценка КЖ у больных со Ст. подвергалась критике рядом исследователей, как слишком субъективная и ненадежная. Вместе с тем, достоверность оценки состояния больного с помощью специальных опросников при Ст. сравнима или даже выше, чем результаты нагрузочных проб [19]. Наиболее часто для оценки КЖ больных с различными формами ИБС используется «Seattle Angina Questionnaire» (SAQ) [8]. Анкета SAQ состоит из 19 вопросов, оценивающих КЖ по 5 шкалам (от 0 до 100 баллов): физические ограничения, стабильность приступов стенокардии, частота приступов, удовлетворенность лечением и отношение к болезни. Была выявлена достоверная корреляция между значениями каждой из шкал опросника и такими показателями, как толерантность к физическим нагрузкам, тяжесть заболевания с точки зрения лечащего врача, употребление нитроглицерина. Данные об уровне КЖ, полученные с помощью SAQ, были высоко воспроизводимы. Опросник обладает высокой чувствительностью к изменениям состояния пациентов с ИБС, в том числе и после оперативного лечения заболевания. Данный опросник имеет хорошие психометрические свойства, получил широкое международное признание, переведен на 12 языков мира и был сертифицирован Medical Outcomes Trust. SAQ применялся более чем в 20 рандомизированных исследованиях по оценке эффективности лечения больных ИБС.

Особенностью оценки изменений КЖ в клинической медицине и в кардиологии, в частности, является обязательная дифференциация понятия «статистически значимые» и «клинически значимые» различия. В настоящее время в литературе минимально значимым клиническим различием в оценке КЖ считают «наименьшую разницу в значениях по шкале КЖ, которая воспринимается пациентом как существенная и которая может влиять на программу лечения пациента» [7]. Для различных типов опросников используются специальные международные стандарты, в которых особое значение уделяется размеру колебания шкал опросника, так как величина «клинически значимого» различия тесно связана с данным параметром. Наиболее распространенным способом выявления данных различий является не определение конкретного цифрового значения, а установление «клинически значимых» различий КЖ по определенной шкале градации. Так, для методик, в которых значения шкал варьируют от 0 до 100 баллов, изменения от 5 до 10 баллов расцениваются как слабые, 10-20 – умеренные и более 20 баллов как очень большие [2]. По данным Osoba D. и соавт. (2000), для опросников со 100 балльным шкалами

клинически значимыми считают отличия от 10 и более баллов за период не менее 4 недель [12]. Существуют также специальные математические способы расчета данной величины. Например, для определения «клинически значимых» различий используется следующая формула: $(M1-M2)/SD2$ или $(M2-M1)/SD1$, где M1 и M2 – разница средних показателей по опроснику, SD1 и SD2 – стандартное отклонение меньшего из них. Полученный показатель имеет следующие градации выраженности изменений КЖ: 0,2 – слабый, 0,5 – средний, 0,8 – сильный.

В настоящее время, согласно отечественным рекомендациям, улучшение КЖ больных ИБС путем уменьшения частоты и снижения интенсивности приступов стенокардии, наряду с увеличением продолжительности жизни, является одним из основных задач при лечении данной патологии [4]. Проведение коронарного шунтирования (КШ) на сегодняшний день является одной из широко распространенных хирургических методов лечения многососудистого поражения коронарных артерий. Внедрение в практику современных технологий анестезии, защиты миокарда и искусственного кровообращения позволило обеспечить приемлемую безопасность плановых операций. Вместе с тем, кардиохирургические операции являются достаточно дорогостоящими, поэтому многие кардиологи и кардиохирурги все чаще говорят о необходимости формирования более строгих показаний к хирургическим вмешательствам при ИБС с обязательным учетом их влияния на КЖ [5]. Необходимость оценки КЖ пациентов с данной патологией диктуется еще и тем, что дооперационный уровень КЖ, наряду с традиционными факторами риска оперативного вмешательства, является независимым прогностическим фактором летальности после КШ [17]. Так, проведенное в США исследование с участием 4969 пациентов, которые заполняли опросник SF-36 за 72 часа до КШ, показало, что уровень физического функционирования по данной анкеты был независимым прогностическим фактором летальности после операции в течение 6 месяцев наблюдения. Крупномасштабное исследование по изучению динамики КЖ у 2121 пациента после КШ, проведенное в Швеции, выявило его достоверное улучшение по всем компонентам общего опросника, а также по данным специальных анкет, изучающим физическое и психологическое функционирование пациентов. Улучшение КЖ начиналось уже через 3 месяца наблюдения, а через 2 года после операции оно практически не отличалось от популяционной нормы [18]. При этом наиболее выраженное улучшение наблюдалось по показателям физического функционирования и выраженности болевого синдрома. Менее выраженные изменения были выявлены по уровню психологического здоровья. Таким образом, был сделан вывод о том, что, помимо клинического улучшения, КШ, с учетом влияния на КЖ, может быть методом выбора у пациентов с ИБС.

Исследование эффективности КШ у больных ИБС с учетом показателей КЖ было проведено Herlitz J. (2000) [10]. Установлено, что через 5 лет после оперативного лечения произошло достоверное улучшение практически всех компонентов КЖ по сравнению с дооперационным уровнем КЖ. При этом уровень КЖ повысился как по разделам общего опросника, так и по данным специфической анкеты, отражающей психологическое состояние больных с ИБС. Уровень КЖ перед КШ имеет важное прогностическое значение и оказывает влияние на частоту осложнений и исходы оперативного лечения.

Изучено влияние инфекционных осложнений со стороны операционной раны на КЖ больных с ИБС после успешно проведенного КШ [11]. По данным авторов, при возникновении данного осложнения положительное влияние КШ на КЖ практически нивелировалось и уровень КЖ оперированных больных не отличался от дооперационного. Ма С.М. и соавт. (2008) изучили влияние различных факторов на КЖ 287 больных с ИБС через 5 лет после проведения КШ [16]. Установлено, что на уровень КЖ, связанный со здоровьем, оказывает значительное влияние степень коронарной недостаточности после хирургического лечения. При этом КЖ больных с I-II функциональными классами Ст. через 5 лет после реваскуляризации было достоверно выше, чем уровень КЖ больных, имеющих III-IV ФК Ст.

Peric V. и соавт. (2008) также исследовали влияние различных клинических характеристик, данных инструментальных исследований и пола на КЖ больных после КШ [13]. Установлено, что факторами, способствующими снижению КЖ после проведения КШ, являются женский пол, наличие сахарного диабета, низкая фракция выброса левого желудочка, а также возникновение послеоперационных осложнений.

В рандомизированном исследовании выявлено достоверное улучшение КЖ через 6 месяцев после КШ [9]. Takiuti M.E. и соавт. (2007) сравнили динамику КЖ с помощью SF-36 в 3 группах больных ИБС (КШ, коронарная ангиопластика и медикаментозное лечение) с сопоставимыми клиническими характеристиками. Улучшение КЖ было выявлено при всех трех стратегиях лечения, но наиболее выраженное оно было у пациентов после хирургической реваскуляризации миокарда [9].

Улучшение КЖ наблюдается как при проведении КШ в условиях ИК, так и при хирургической реваскуляризации миокарда на работающем сердце [14]. При этом достоверных отличий КЖ, для оценки которого в данном исследовании использовался общий опросник SF-36, при обоих типах вмешательств через 12 месяцев после оперативного лечения выявлено не было. Экономическая оценка эффективности КШ в условиях ИК и на работающем сердце, рассчитанная с учетом показателей КЖ, не выявила преимуществ какой-либо из методик в течение 6 месяцев наблюдения. В то же время, затраты на проведение КШ в условиях ИК были достоверно выше, чем стоимость операции на работающем сердце.

Заключение

Таким образом, оценка КЖ пациентов с ИБС на сегодняшний день является одним из важных показателей эффективности хирургического лечения. Для хирургической реваскуляризации доказано достоверное улучшение КЖ в различные сроки после вмешательства при отсутствии серьезных осложнений оперативного лечения. Наиболее выраженное улучшение данного показателя наблюдается у высокосимптоматичных больных, имеющих до операции значительное снижение КЖ, обусловленное ИБС.

Список литературы

1. Лебедева У.В. Психологические аспекты и качество жизни пациентов при хирургическом лечении аритмий. Вестник аритмологии 2005; 38: 23-28.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. М.: ГЕОТАР-МЕД 2004; 304.
3. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби 1999; 140.
4. Оганов Р.Г., Мамедов М.Н. Национальные клинические рекомендации. М. 2008; 512.
5. Самородская И.В. Качественные клинические исследования и доказательная медицина в выборе тактики ведения больного ИБС. Качественная клиническая практика 2003; 2: 17-23.
6. Aursnes I., Midtby K. Correlations of exercise test and quality of the life variables with clinical improvement on effort angina. Pharmacotherapy 1994; 14: 191-195.
7. Juniper E.F. et al. Determining a minimal change in a disease-specific quality of life questionnaire. J. Clin. Epidemiol 1994; 47; 1: 81-87.
8. Spertus J.A. et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. J. Amer. Coll. Cardiol. 1995; 78: 333-341.
9. Lie I. et al. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. The impact of a randomised controlled home-based intervention program. Qual. Life Res. 2009; 18; 2: 201-207.
10. Herlitz J. et al. Impact of age on improvement in Health-Related Quality of Life 5 years after Coronary artery bypass grafting. Scand. J. Rehab. Med. 2000; 32: 41-48.
11. Jideus L. et al. Patients with sternal wound infection after cardiac surgery do not improve their quality of life. Scand. Cardiovasc. J. 2008; 23: 1-7.
12. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. J. Clin. Oncol. 1994; 12: 608-616.
13. Peric V. et al. Predictors of worsening of patients' quality of life six months after coronary artery bypass surgery. J. Card. Surg. 2008; 23; 6: 648-654.

14. Nogueira C.R. et al. Quality of life after on-pump and off-pump coronary artery bypass grafting surgery. *Arq. Bras. Cardiol.* 2008; 91; 4: 217-222.
15. Takiuti M.E. et al. Quality of life after surgical myocardial revascularization, angioplasty or medical treatment. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 88; 5: 537-544.
16. Ma C.M. et al. Quality of life five years after coronary artery bypass grafting. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi.* 2008; 36; 2: 123-127.
17. Rumsfeld J.S. et al. Health-related quality of life as predictor of mortality following coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 1999; 281; 14: 1298-1303.
18. Sjoland H., Caodahi K. Quality of life in relation to age in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Eur. Heart J.* 1997; 18 (Abstract Suppl.); 415.
19. Sullivan M. et al. The reproducibility of hemodynamic, electrocardiographic, and gas exchange data during treadmill exercise in patients with stable angina pectoris. *Chest.* – 1984; 86: 375-382.
20. Bullinger M. et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach. *J. Clin. Epidemiol.* 1998; 51; 11: 913-923.
21. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-483.

Поступила 02.06.2010 г.

Информация об авторе

1. Белов Владислав Николаевич – доктор медицинских наук, ассистент кафедры хирургии с травматологией, ортопедией и оториноларингологией ИПМО Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: doc.belov@gmail.com