

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Дедов Д.В.^{1,3}, Мазаев В.П.², Рязанова С.В.², Комков А.А.², Евтюхин И.Ю.⁴

¹Тверской государственный медицинский университет, Тверь, e-mail: dedov_d@inbox.ru;

²Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, Москва;

³Тверской областной клинический кардиологический диспансер, Тверь;

⁴Поликлиника ООО «Центромед», Тверь

Цель: изучить исходы лечения больных ишемической болезнью сердца по данным анализа результатов комплексного обследования, медицинской документации и качества жизни. Всего в исследование были включены 146 пациентов (средний возраст 62,1±6,9 года) с ишемической болезнью сердца. Первичная конечная точка включала: учащение приступов стенокардии, неэффективность консервативной терапии, операции по реваскуляризации миокарда. Были выделены 2 группы в зависимости от наличия/отсутствия первичной конечной точки: 1-я – контроль и 2-я – основная. Дизайн исследования был «случай – контроль». Выполнены: изучение жалоб и анамнеза, антропометрия, электрокардиография, эхокардиография, доплерокардиография, коронароангиография, анализ качества жизни. Значения конечно-диастолического, конечно-систолического размеров, объемов, массы миокарда левого желудочка, толщины межжелудочковой перегородки во 2-й группе были выше, а показатели качества жизни ниже, чем в 1-й группе. Частота выявления артериальной гипертензии и ожирения, значения конечно-диастолического, систолического размеров, объемов, массы миокарда левого желудочка, толщины межжелудочковой перегородки у больных 2-й группы оказались выше, а показатели качества жизни, напротив, ниже, чем в 1-й группе. Неблагоприятный прогноз у пациентов 2-й группы был ассоциирован со снижением значений физической и жизненной активности. Получены корреляции параметров качества жизни у больных 1-й и 2-й групп.

Ключевые слова: исход, лечение, ишемическая, болезнь, сердца, качество, жизнь.

OUTCOMES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE: RESULTS OF A COMPREHENSIVE EXAMINATION, ANALYSIS OF MEDICAL RECORDS AND QUALITY OF LIFE

Dedov D.V.^{1,3}, Mazaev V.P.², Ryazanova S.V.², Komkov A.A.², Yevtyukhin I.Yu.⁴

¹Tver State Medical University, Tver, e-mail: dedov_d@inbox.ru;

²National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow;

³Tver Regional Clinical Cardiologic Dispensary, Tver;

⁴Polyclinic «Centromed», Tver

Objective: to study the outcomes of treatment of patients with coronary heart disease according to the analysis of the results of a comprehensive examination, medical documentation and quality of life. A total of 146 patients (mean age 62.1±6.9 years) with coronary heart disease were included in the study. The primary end point included: increased frequency of angina attacks, ineffectiveness of conservative therapy, operations for myocardial revascularization. 2 groups were identified depending on the presence/absence of the primary endpoint – the 1st (control) and the 2nd (main). The design of the study was «case – control». Performed: examination of complaints and anamnesis, anthropometry, electrocardiography, echocardiography, Doppler cardiography, coronary angiography, quality of life analysis. The values of end-diastolic, end-systolic sizes, volumes, left ventricular myocardial mass, and interventricular septum thickness were higher in group 2, and the quality of life indicators were lower than in group 1. The frequency of detection of arterial hypertension and obesity, the values of end-diastolic, systolic sizes, volumes, left ventricular myocardial mass, and interventricular septum thickness in patients of group 2 were higher, and the quality of life indicators, on the contrary, were lower than in group 1. An unfavorable prognosis in group 2 patients was associated with a decrease in the values of physical and vital activity. Correlations of quality of life parameters in patients of the 1st and 2nd groups were obtained.

Keywords: outcome, treatment, ischemic, heart disease, quality, life.

Очевидно, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующее место среди основных причин снижения продолжительности жизни населения Российской Федерации [1]. При этом в нашей стране в 2011 г. находилось под наблюдением 7 млн 411 тыс. больных ишемической болезнью сердца (ИБС), а у 738 тыс. пациентов этот диагноз был установлен впервые. ИБС является самой частой причиной обращаемости населения в медицинские учреждения. Возникновение стабильной стенокардии (СС) ассоциируется с ежегодной смертностью составляет почти в 2%. При этом у 2–3% обследованных со СС возникает нефатальный инфаркт миокарда (ИМ). Больные с установленным диагнозом СС умирают в 2 раза чаще, чем лица без этого заболевания, а мужчины со СС в среднем живут на 8 лет меньше, чем те, у кого это заболевание отсутствует [2]. Медикаментозное лечение ИБС направлено на замедление роста атеросклеротических бляшек, профилактику их разрыва и тромбоза. Высокотехнологические интервенционные методы лечения, несомненно, улучшают прогноз больных [3]. В то же время независимо от тактики ведения пациента целью комплекса лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий является улучшение его качества жизни (КЖ) [3, 4, 5]. Однако вопросы обследования и исходов лечения больных ИБС, по-видимому, нуждаются в более детальном освещении [3, 6, 7, 8].

Цель исследования: изучить исходы лечения больных ИБС по результатам комплексного клиничко-инструментального обследования, анализа медицинской документации и показателей качества жизни. Для реализации цели были поставлены следующие задачи. 1. Изучить клиничко-функциональные характеристики больных ИБС в отсутствие и при возникновении у них ССО. 2. Оценить характеристики КЖ обследованных пациентов. 3. Анализировать схему медикаментозного лечения больных ИБС, имеющих и не имеющих ССО. 4. Ранжировать параметры КЖ по их прогностической значимости на основании расчета чувствительности, положительного прогностического значения и отношения шансов возникновения событий первичной конечной точки. 4. Выявить половые различия полученных значений КЖ. 5. Найти корреляции показателей КЖ.

Материал и методы исследования

Всего в исследование были включены 146 пациентов (средний возраст $62,1 \pm 6,9$ года). Они прошли обследование в Тверском областном клиническом кардиологическом диспансере и дали информированное согласие на участие. Критерием включения служило наличие ИБС, проявляющейся приступами стенокардии напряжения (СН) III функционального класса (ФК) и подтвержденной данными коронароангиографии (КАГ). Критерии исключения: отказ от участия в исследовании, возраст старше 72 лет, любое острое воспалительное заболевание, фибрилляция предсердий, сахарный диабет обоих типов, ранее

перенесенный инфаркт миокарда, хроническая болезнь почек, артериальная гипертензия III стадии, болезни крови и иммунной системы, онкологические заболевания. **Первичная конечная точка (ПКТ)** включала: утяжеление клинического течения ИБС, толерантность к проводимой антиишемической терапии, операции по реваскуляризации миокарда (коронарное шунтирование, баллонная ангиопластика и/или стентирование коронарных артерий).

Дизайн исследования. Дизайн исследования представлял собой «случай – контроль» и предусматривал проведение его в 3 этапа: на 1-м – выполнили анализ данных комплексного клиничко-инструментального обследования, амбулаторных карт и историй болезни больных ИБС, на 2-м – была изучена частота перенесенных событий ПКТ у обследованных пациентов, на 3-м – проведен анализ параметров КЖ в зависимости от наличия/отсутствия ККТ и сформированы группы пациентов [9]. Период наблюдения за пациентами составил в среднем $3,6 \pm 0,5$ года. События ПКТ оценивались на приеме у кардиолога и при опросе по телефону. В соответствии с признаком наличия/отсутствия событий ПКТ из всех пациентов были сформированы 2 группы: 1-я (контрольная) – мужчины и женщины с ИБС без ПКТ за время наблюдения; 2-я (основная) – больные, перенесшие события ПКТ. Группы формировались методом подбора пар. **Клиничко-анамнестическое обследование.** На приеме у кардиолога измеряли систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД соответственно). Диагноз ИБС, артериальной гипертензии (АГ), ожирения был поставлен в соответствии с современными Клиническими рекомендациями [1, 2, 5, 10]. **Антропометрия.** У больных измерялись антропометрические показатели – масса тела (кг), рост (м), окружность талии и бедер (см). Диагностика ожирения проведена согласно Клиническим рекомендациям [1]. **Электрокардиография (ЭКГ).** ЭКГ записывалась в 12 стандартных отведениях на аппарате «FUKUDA DENSHI» (Япония). При этом дополнительно рассчитывали максимальную (макс.) и минимальную (мин.) продолжительность интервала QT [11]. **Эхокардиография (ЭхоКГ).** При ЭхоКГ измерены: конечно-диастолический размер (КДР), конечно-систолический размер (КСР), толщина задней стенки (ТЗС) левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечно-диастолический объем (КДО), конечно-систолический объем (КСО), фракция выброса (ФВ) ЛЖ, ударный объем (УО), ударный индекс (УИ), минутный объем (МО), сердечный индекс (СИ), масса миокарда (ММ) ЛЖ, индекс (и) ММ ЛЖ [12, 13]. **Коронароангиография (КАГ).** КАГ была выполнена в условиях рентгеноперационной. Поражение коронарных артерий (КА) $\geq 50\%$ считали существенным, а $< 50\%$ – гемодинамически незначимым [14]. **Изучение качества жизни (КЖ).** Анализ КЖ был проведен на приеме у кардиолога по данным заполненного опросник КЖ SF-36 по 8 шкалам показателей: GH (General Health) – общее

состояние здоровья; PF (Physical Functioning) – физическое функционирование (отражало степень, в которой здоровье, по мнению больного, лимитирует выполнение таких физических нагрузок, как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей); RP (Role-Physical) – влияние физического состояния на работу и выполнение ежедневной деятельности; RE (Role-Emotional) – влияние эмоционального состояния на выполнение работы или другой повседневной деятельности (увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения); SF (Social Functioning – социальное функционирование) – определялось степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); BP (Bodily Pain) – интенсивность боли в груди за прошедший месяц и ее влияние на повседневную активность (работа по дому и вне дома); VT (Vitality) – жизненная активность (отражала ощущение полноты сил и энергии или, напротив, бессилия); MH (Mental Health) – самооценка психического здоровья (настроения): наличие депрессии, тревоги, положительных или отрицательных эмоций. Обработку полученных ответов проводили в соответствии с методикой оценки КЖ «SF-36 Health Status Survey». Результаты представлялись в баллах. При этом более низкий показатель GH и, напротив, высокие значения PF, RP, RE, SF, BP, VT, MH указывали на лучшее КЖ. При проведении исследования регистрировали прием пациентами бета-адреноблокаторов (БАБ), блокаторов медленных кальциевых каналов (БМКК), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) 2, статинов, антиагрегантов, нитратов, диуретиков, метаболитов. **Статистический анализ.** Вначале изучили показатели описательной статистики: среднее (Mean – M), стандартное отклонение (Standard Deviation – SD). Анализировались диаграммы размаха параметров КЖ в обеих группах и сравнивались медиана, квартили, минимальное, максимальное значения, интерквартильный размах. Нормальность распределения данных была проверена с использованием критерия Шапиро–Уилка. С учетом указанной проверки применялись параметрические (парный и непарный t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок) или непараметрические (U-критерий Манна–Уитни) методы сравнения непрерывных параметров. Анализ частот дискретных параметров провели с применением таблиц сопряженности и хи-квадрата Пирсона (χ^2) с поправкой Йетса. Для оценки связи между непрерывными переменными использовали r_s – коэффициент ранговой корреляции по Спирмену. Значения r_s меньше 0,3; более 0,3, но менее 0,7; более 0,7 считали признаком слабой, умеренной и высокой тесноты связи соответственно. На основании результатов исследования «случай – контроль» и анализа данных таблиц сопряженности были рассчитаны чувствительность (Sensitivity – Se), специфичность (Specificity – Sp), прогностическая ценность положительного результата

теста (Positive Predictive Value – PPV), прогностическая ценность отрицательного результата теста (Negative Predictive Value – NPV) в процентах (%), отношение шансов (ОШ) [9]. Получение ОШ более 1,0 указывало на возрастание риска появления событий ККТ у обследованных пациентов при определенной динамике параметров КЖ [9]. Уровень значимости всех статистических тестов был принят $p < 0,05$ [9].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты

Результаты клинико-функционального обследования показаны в таблице 1.

Таблица 1

Результаты клинико-функционального обследования

Показатель	1-я группа (n=58)	p	2-я группа (n=88)
Возраст, лет	61,6±5,4	нд	62,3±6,9
мужчины, абс./ %	39/67,2	нд	61/69,3
женщины, абс. /%	19/32,8	нд	27/30,7
Ожирение, в %	63,6	0,041	72,9
АГ, в %	48,7	0,001	69,2
САД, в мм рт. ст.	142,3±10,1	нд	148,1±10,2
ДАД, в мм рт. ст.	88,2±6,4	нд	89,5±6,9
Антропометрия			
Рост, в см	166,8±6,9	нд	170,6±6,1
Вес, в кг	77,6±9,8	нд	82,6±8,7
ИМТ, в кг/м ²	27,6±3,2	нд	28,5±2,3
ПШТ, м ²	1,9±0,2	нд	2,0±0,1
ЭКГ			
ЧСС, в мин.	67,3±7,1	нд	67,2±8,8
QT макс., в мсек.	400,9±24,8	нд	402,5±32,6
QT мин., в мсек.	354,5±26,9	нд	355,0±28,3
ЭхоКГ			
КДР ЛЖ, в см	4,9±0,3	0,001	5,2±0,5
КДО ЛЖ, в мл	113,4±17,1	0,001	129,2±15,6
КСР ЛЖ, в см	3,3±0,2	0,001	3,7±0,5
КСО ЛЖ, в мл	43,7±7,2	0,001	59,5±8,4
ФВ ЛЖ, в %	60,6±2,3	нд	54,5±5,5
УО, в мл	69,5±7,8	нд	69,7±10,4

УИ, в мл/м ²	37,1±4,0	нд	35,2±4,4
МО, в л/мин	4,7±1,3	нд	4,8±1,1
СИ, в л/мин/м ²	2,4±0,4	нд	2,4±0,5
ТЗС ЛЖ, в см	0,9±0,1	нд	0,9±0,1
ТМЖП, в см	1,0±0,1	0,048	1,1±0,2
ММ ЛЖ	201,9±22,1	0,002	243,8±32,7
иММ ЛЖ	107,3±15,6	0,011	123,0±14,3

Примечание: здесь и далее: p – достоверность различий между 1-й и 2-й группами.

Получено, что доли больных ИБС с сопутствующими ожирением и АГ во 2-й группе были выше, чем в 1-й (на 9,3% и 20,5%; оба p=0,001–0,041). Кроме этого, найдены особенности ЭхоКГ-показателей. Так, значения КДР, КДО, КСР и КСО ЛЖ у пациентов 2-й группы оказались больше, чем в 1-й группе (на 6,1%; 14,2%; 12,1% и 36,2%; все p=0,001). Вместе с тем параметры ТМЖП, ММ ЛЖ и иММ ЛЖ во 2-й группе были увеличены, в отличие от 1-й группы (на 22,2%; 20,8% и 14,9%; все p=0,002–0,048). В то же время определенные особенности были выявлены при анализе лекарственных препаратов, принимаемых больными. Результаты проведенного анализа показаны в таблице 2.

Таблица 2

Лекарственные препараты, принимаемые больными

Препараты	1-я группа (n=58)	p	2-я группа (n=88)
БАБ, в %	45,4	нд	43,7
БМКК, в %	49,1	0,004	72,9
иАПФ, в %	27,3	0,001	37,5
БРА, в %	35,2	нд	45,4
Статины, в %	72,7	нд	75,0
Антиагреганты, в %	100,0	нд	91,6
Нитраты, в %	36,4	0,001	68,7
Диуретики, в %	9,0	нд	12,5
Метаболиты, в %	72,7	нд	81,3

Получено, что доля пациентов во 2-й группе, принимающих БМКК, иАПФ и нитраты, оказалась выше, чем в 1-й группе (на 23,8%; 10,2% и 32,3% соответственно; все p=0,001–0,004). В дальнейшем было выполнено исследование характеристик КЖ у мужчин и женщин 1-й и 2-й групп с учетом пола. Результаты выполненного анализа представлены в таблице 3.

Результаты сравнения показателей КЖ у мужчин и женщин 1-й и 2-й групп

Показатель	Пол	1-я группа (n=58)	p	2-я группа (n=88)
		M±SD (± 95% ДИ)		M±SD (± 95% ДИ)
GH	м	3,2±0,4 (2,8–3,4)	0,001	4,2±0,4 (3,7–4,6)
	ж	3,3±0,4 (2,9–3,6)	0,017	4,1±0,4 (3,8–4,4)
PF	м	27,1±2,8 (24,5–30,2)	0,001	17,4±1,8 (1,4–2,0)
	ж	21,2±2,4 (18,7–24,1)	0,113	17,2±1,7 (1,5–1,9)
RP	м	7,6±0,9 (6,7–8,3)	0,001	4,1±0,4 (3,7–4,5)
	ж	4,2±0,5 (3,8–4,6)	0,218	4,0±0,4 (3,6–4,4)
RE	м	5,8±0,6 (5,2–6,5)	0,001	3,6±0,5 (3,2–3,9)
	ж	5,0±0,5 (4,6–5,5)	0,097	3,5±0,4 (3,1–3,8)
SF	м	5,6±0,6 (5,2–6,1)	0,781	5,8±0,6 (5,4–6,3)
	ж	5,3±0,5 (4,9–5,7)	0,691	5,6±0,6 (5,3–5,9)
	ж	11,2±1,1 (10,3–11,8)	0,007	5,9±0,6 (5,2–6,4)
VT	м	8,9±0,9 (8,5–9,4)	0,001	5,7±0,6 (5,1–6,2)
	ж	8,1±0,9 (7,6–8,7)	0,045	6,1±0,6 (5,6–6,7)
MH	м	14,8±1,5 (12,9–15,6)	0,001	10,8±1,2 (9,7–11,6)
	ж	15,0±1,6 (13,4–16,7)	0,092	11,4±1,2 (10,3–12,4)

Получено, что GH у мужчин и женщин 2-й группы оказался выше, а параметр VT, напротив, ниже, чем в 1-й группе (на 31,2%, 24,2 % и 35,9%; 24,6% соответственно; $p=0,001-0,045$). При этом значения PF, RP, RE, BP, MH у мужчин 2-й группы уменьшались, в отличие от пациентов 1-й группы (на 35,8%; 46,0%; 37,9; 40,3% и 27,0% соответственно; все $p=0,001$). Однако половых различий характеристик КЖ в 1-й и 2-й группе выявить не удалось. В то же время полученные данные нуждались в уточнении. Для этого был выполнен анализ диаграмм размаха каждого показателя КЖ. При этом независимо от пола были выявлены определенные особенности. Результаты проведенного изучения показателей GH и MH показаны на рисунке 1.

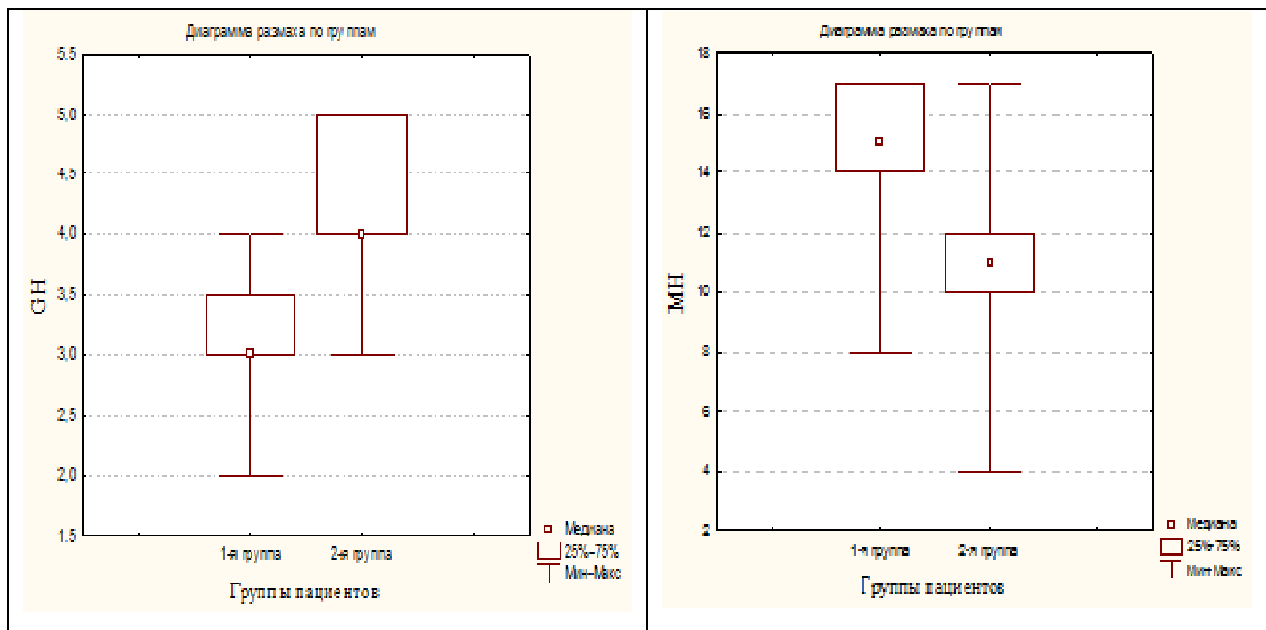


Рис. 1. Результаты анализа диаграмм размаха показателей ГН и МН

Получено, что у больных 2-й группы максимальное, минимальное значения, медиана, интерквартильный размах показателя ГН оказались выше, а МН, напротив, ниже, чем у пациентов 1-й группы. Кроме этого, были найдены различия при изучении диаграмм размаха параметров РР и VT. Результаты выполненного анализа представлены на рисунке 2.

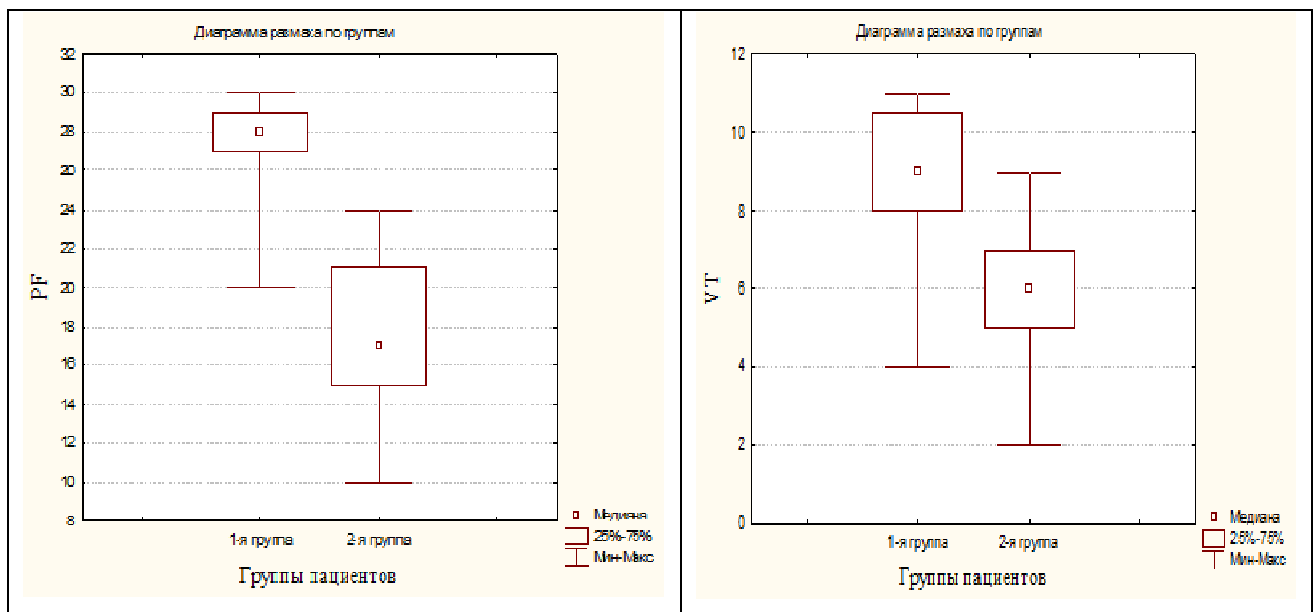


Рис. 2. Результаты анализа диаграмм размаха показателей РР и VT

Получено, что максимальное, минимальное значение, медиана, интерквартильный размах РР и VT во 2-й группе снижались, в отличие от 1-й группы. Можно полагать, что характеристики КЖ больных ИБС имеют определенное прогностическое значение. Однако это положение нуждается в более детальном освещении. Для этого по данным исследования

«случай – контроль» были рассчитаны Se, Sp, PPV и NPV возникновения событий ККТ для изучаемых показателей КЖ [9]. Результаты проведенного анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты расчета Se, Sp, PPV, NPV для показателей КЖ (в %)

Показатель КЖ	Se	Sp	PPV	NPV
GH	95,0	75,0	90,4	14,2
PF	77,5	87,5	93,9	39,1
RP	90,0	85,5	94,7	22,1
RE	75,0	80,5	91,8	41,7
SF	55,0	31,2	66,7	78,2
VT	75,0	68,7	85,6	47,5
MH	62,5	87,5	92,3	51,7

Получено, что наиболее высокие Se и PPV для возникновения событий ККТ получены для параметров GH, RP и VT (95,0% и 90,4%; 90,0% и 94,7%; 75,0% и 85,6% соответственно). Однако изучение ОШ возникновения событий ККТ наиболее значимых показателей КЖ у больных ИБС выявило определенные особенности. Результаты проведенного исследования представлены на рисунке 3.

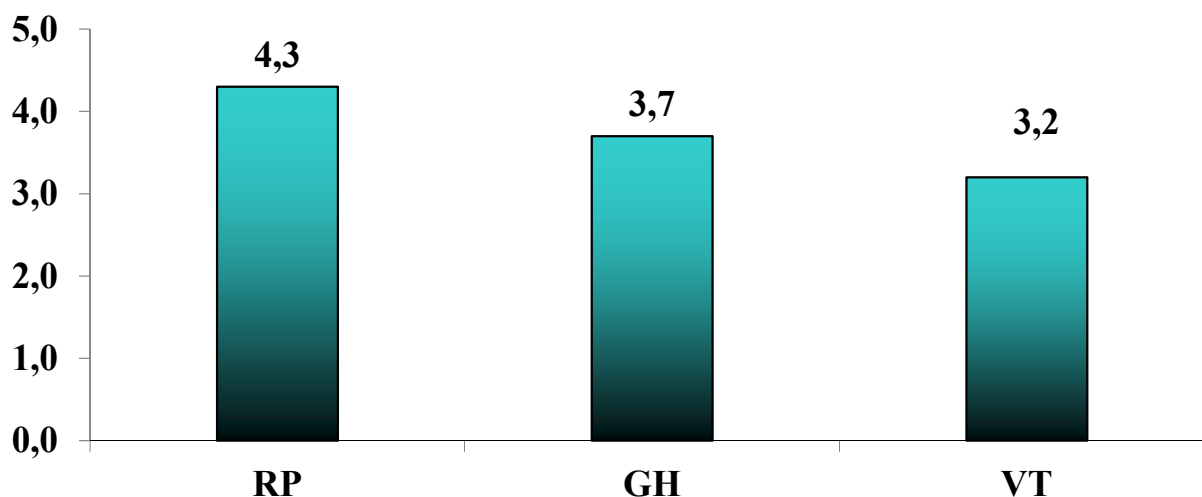


Рис. 3. Результаты анализа ОШ наиболее значимых показателей КЖ у больных ИБС

Показано, что наиболее значимыми параметрами КЖ, связанными с возникновением событий ПКТ, оказались RP, GH и VT, причем независимо от пола. Можно полагать, что

ухудшение течения ИБС у пациентов 2-й группы оказывало влияние и на другие показатели КЖ. Однако это положение нуждалось в уточнении. Для этого изучили корреляции параметров КЖ. Результаты выполненного исследования представлены в таблице 5.

Таблица 5

Анализ корреляций параметров КЖ у обследованных больных 1-й и 2-й группы
($p < 0,05$)

Показатель КЖ	Пациенты 1-й группы							
	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
GH	–	–	–	–	–	–	–	–
PF	–	–	0,479	–	–	–	–	–
RP	–	0,479	–	–	–	–	–	–
RE	–	–	–	–	–	–	–	–
SF	–	–	–	–	–	–	0,703	–
BP	–	–	–	–	–	–	–	–
VT	–	–	–	–	0,703	–	–	0,504
MH	–	–	–	–	–	–	0,504	–
Показатель КЖ	Пациенты 2-й группы							
	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
GH	–	–0,448	–	–0,427	–	–	0,439	–
PF	–0,448	–	–	–	–	–	0,689	–
RP	–	–	–	–	–	0,605	–	–
RE	–0,427	–	–	–	–	–	–	0,414
SF	–	–	–	–	–	–	–	–
BP	–	–	0,605	–	–	–	–	–
VT	–0,439	0,689	–	–	–	–	–	0,516
MH	–	–	–	0,414	–	–	0,516	–

У пациентов 1-й группы сильные положительные корреляции были найдены между VT и SF ($r_s=0,703$; $p=0,002$), средней силы – между VT и MH ($r_s=0,504$; $p=0,046$), PF и RP ($r_s=0,479$; $p=0,018$). В то же время при изучении связи показателей КЖ у больных 2-й группы, в отличие от пациентов 1-й группы, наиболее сильная положительная связь обнаружена между характеристиками PF и VT ($r_s=0,689$; $p=0,006$), BP и RP ($r_s=0,605$; $p=0,001$), VT и MH ($r_s=0,516$; $p=0,008$), MH и RE ($r_s=0,414$; $p=0,039$). При этом у обследованных 2-й группы выявлены отрицательные корреляции между показателями GH и PF ($r_s=-0,448$; $p=0,024$), GH и RE ($r_s=-0,427$; $p=0,033$).

Обсуждение. Несомненно, наличие факторов риска является определяющим в ухудшении клинического течения ИБС [2, 5]. В нашем исследовании получено, что распространенность АГ в группе больных с ССО была выше, чем у пациентов без ССО. Можно полагать, что выявление АГ ассоциировалось с возрастанием риска ухудшения клинического течения ИБС у пациентов основной группы. Вместе с тем доли мужчин и женщин, принимавших нитраты, БМКК, иАПФ, в основной группе оказались выше, чем в группе контроля. Указано, что повышенное АД является основным фактором риска преждевременной смерти и причиной почти 10 млн случаев смерти и более чем 200 млн случаев инвалидности в мире. При этом частота фатальных случаев при высоком АД в большей степени связана с ИБС, ишемическими и геморрагическими инсультами. Возникновение АГ в среднем и пожилом возрасте ассоциируется с развитием когнитивных нарушений и деменции соответственно [10]. В другой статье отмечено, что, с одной стороны, согласно современным Клиническим рекомендациям, тактика обследования и лечения больного ИБС в существенной степени зависит от прогноза указанного заболевания. При этом авторы показали, что вопросы анализа риска смерти и ССО у больных ИБС все-таки нуждаются в более детальном освещении [15]. В третьей работе подчеркивается, что непременным условием высокого качества лечения являются разработка и внедрение в клиническую практику подходов, направленных, во-первых, на профилактику факторов риска ИБС, во-вторых, на достижение эффективности проводимой консервативной терапии, в-третьих, на индивидуализацию лечебно-профилактических мероприятий, и, наконец, на создание стимулов и мотивации пациентов к активному участию в лечебном процессе [4]. Кроме этого, у пациентов основной группы в нашей работе чаще диагностировали Ож, чем в группе контроля. Отмечено, что увеличение ИМТ связано с риском возникновения сахарного диабета 2-го типа, ССЗ, дислипидемии, синдрома обструктивного апноэ сна, неалкогольной жировой болезни печени, репродуктивных нарушений. Это играет ключевую роль в патогенезе сопряженных с Ож коморбидных состояний [1]. В статье приведены данные, согласно которым вопросы оценки риска развития ССО и прогноза у больных ИБС до сих пор признаются весьма актуальными [15]. В нашем исследовании в основной группе и группе контроля не было выявлено различий по показателю ФВ ЛЖ. Можно предполагать, что у пациентов с ССО имела место сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) ЛЖ [13]. Показано, что частота госпитализаций больных с СНсФВ ЛЖ составляет более 50% всех случаев с декомпенсацией сердечной недостаточности. Признается, что в настоящее время разработка диагностических критериев СНсФВ является весьма актуальной задачей. Ведущими морфофункциональными нарушениями при СНсФВ служат интерстициальный фиброз, воспаление, окислительный стресс, эндотелиальная

дисфункция, нарушение микроциркуляции и, в конечном итоге, ремоделирование ЛЖ, его диастолическая и систолическая дисфункции. При этом до сих пор ЭхоКГ в покое остается важным методом для характеристики структурных и функциональных изменений при СНсФВ [13]. В нашей работе КДР, КДО, КСР, КСО, ММ ЛЖ, иММ ЛЖ, ТМЖП у больных с ССО оказались выше, чем у пациентов без осложнений. Это положение не противоречит литературным данным [13]. Авторы признают эффективность многофакторного подхода к лечению больных ИБС с оценкой частоты госпитализаций, летальности и КЖ пациентов [4]. В нашем исследовании получено, что показатель GH у мужчин и женщин 2-й группы оказался выше, а параметр VT, напротив, ниже, чем в 1-й группе. Вместе с тем половых различий характеристик КЖ в 1-й и 2-й группе выявить не удалось. Кроме этого, наибольшие чувствительность и положительное прогностическое значение в отношении наступления событий ПКТ по данным исследования «случай – контроль» получены для показателей RP, GH и VT [3]. Это не противоречит данным литературы [14]. Учеными из Польши отмечено, что физическая активность оказывает существенное влияние на КЖ мужчин и женщин старшего возраста и является эффективным средством профилактики различных заболеваний. В их исследование были включены 1013 человек (565 женщин и 448 мужчин; средний возраст $59,1 \pm 2,9$ года). Получено, что наиболее высокое КЖ отмечали респонденты, у которых интенсивность физических нагрузок была самой большой. Авторы определили, что в программы профилактики заболеваний обязательно должны быть введены компоненты физической активности [7]. В другой публикации авторы из Португалии и Бразилии привели литературный обзор 7 исследований КЖ. Ученые подчеркнули, что проблема анализа и улучшения КЖ чрезвычайно актуальна, а изучение его характеристик способствует решению этических вопросов и улучшению работы системы здравоохранения [6]. В нашем исследовании найдена связь между показателями физического и психологического компонентов здоровья, жизненной активностью и социальным функционированием. Это положение не противоречит данным литературы [8]. Оно отвечает принципу «лечить не болезнь, а больного» [8]. На наш взгляд, приведенный комплексный подход к оценке исходов лечения больных ИБС на основе изучения ФР, результатов клинико-инструментального обследования и характеристик КЖ поможет уточнить прогноз и оптимизировать профилактику ССО у указанных пациентов [4, 8, 13, 14, 15].

Выводы

1. Частота выявления АГ и ожирения, значения КДР, КДО, КСР, КСО, ММ ЛЖ, иММ ЛЖ, ТМЖП у больных с ССО оказались выше, чем у пациентов без осложнений.
2. Доли больных, принимающих БМКК, иАПФ и нитраты, в группе с ССО возросли, в отличие от обследованных без ССО.

3. Анализ КЖ показал, что показатели «физическое функционирование» и «жизненная активность» у пациентов с ухудшением течения ИБС были ниже, в отличие от мужчин и женщин со стабильным течением указанного заболевания.

4. Показатели КЖ – GH, RP и VT имеют самое высокое прогностическое значение в отношении наступления ССО. 4. У пациентов с ССО при анализе КЖ найдены положительные корреляции между показателями физического и психологического компонентов здоровья, жизненной активностью и социальным функционированием.

Список литературы

1. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-ий пересмотр. (Лечение морбидного ожирения у взрослых) // Ожирение и метаболизм. 2018. №15(1). С. 53–70. DOI: 10.14341/ОМЕТ2018153-70.
2. Карпов Ю.А., Кухарчук В.В., Лякишев А.А., Лупанов В.П., Панченко Е.П., Комаров А.Л., Ширяев А.А., Самко А.Н., Соболева Г.Н., Сорокин Е.В. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца» // Кардиологический вестник. 2015. Том 10, №3. С. 3–33.
3. Евтюхин И.Ю., Рязанова С.В., Дедов Д.В., Эльгардт И.А. Сопоставление параметров качества жизни в отдаленном периоде интервенционного лечения больных ишемической болезнью сердца // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23336> (дата обращения: 06.12.2020). DOI: 10.17513/spno.23336.
4. Бокерия Л.А., Никонов С.Ф., Бенделиани Н.Г., Чеишвили З.М., Крымов К.М. Эффективность и влияние многофакторного подхода к лечению больных ишемической болезнью сердца после изолированного коронарного шунтирования и его сочетания с геометрической реконструкцией левого желудочка на качество жизни и потребность в госпитализациях (Результаты 12-месячного рандомизированного клинического исследования) // Анналы аритмологии. 2011. Т. 8, №4. С. 43–54.
5. Клинические рекомендации «2019 Рекомендации ESC по диагностике и лечению хронического коронарного синдрома» // Российский кардиологический журнал. 2020. №25(2). С. 119–180. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-2-3757.
6. Fumincelli L., Mazzo A., Martins J.C.A., Mendes I.A.C. Quality of life and ethics: A concept analysis. Nurs. Ethics. 2019. V. 26(1). P. 61-70. DOI: 10.1177/0969733016689815.
7. Puciato D., Borysiuk Z., Rozpara M. Quality of life and physical activity in an older working-age population. Clin Interv Aging. 2017. №12. P. 1627-1634. DOI: 10.2147/CIA.S144045.

8. Таратухин Е.О. Социокультурные факторы в кардиологии: старое знание *de novo* // Российский кардиологический журнал. 2020. №25(9). С. 9-12. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-4072.
9. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. под общ. ред. С.Е. Бащинского и С.Ю. Варшавского. М.: Медиа Сфера, 1998. 345 с.
10. Клинические рекомендации 2020 «Артериальная гипертензия у взрослых» // Российский кардиологический журнал. 2020. 25(3). С. 149-218. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-3786.
11. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. 9-е изд., испр. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. 560 с.
12. Струтынский А.В. Эхокардиограмма: анализ и интерпретация. 8-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 208 с.
13. Драпкина О.М., Джигоева О.Н. Современные эхокардиографические критерии сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса: не только диастолическая дисфункция // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. № 19(2). С. 66-74. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2454
14. Дедов Д. В., Мазаев В. П., Рязанова С. В., Эльгардт И. А., Маслов А.Н., Евтюхин И. Ю., Ковальчук А. Н. Исследование качества жизни при интервенционном и консервативном лечении больных стабильной стенокардией на отдаленных сроках наблюдения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. №13 (5). С. 31–35. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-5-31-35.
15. Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю. Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений при стабильной ишемической болезни сердца на основании прогностических индексов, шкал и моделей // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. №19(3). 2528. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2528.