

ПРОБЛЕМЫ «ЛИСТА ОЖИДАНИЯ»: ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Сумин А. Н., Осокина А. В., Кочергина А. М.

Цель. Выявить причины отказов пациентов от планового оперативного лечения ишемической болезни сердца, включенных в «лист ожидания» операции коронарного шунтирования.

Материал и методы. На период с I/2010 г по III/2011 г в «лист ожидания» НИИ КПССЗ СО РАМН на КШ были внесены 1057 человек (100%). Из них по разным причинам не явились 74 человека, что составило 7%. При телефонном опросе уточнена причина неявки 65 человек: 51 (4,8% пациентов) отказались от проведения операции по разным причинам. В окончательный анализ вошел 51 пациент – основная группа, которые по разным причинам отказались от планового коронарного шунтирования. Методом телефонного опроса мы выясняли причины, по которым пациенты отказались от планового оперативного вмешательства на сердце. Для сопоставления клинико-анамнестических показателей методом сплошной выборки была сформирована группа пациентов, госпитализированных на плановое КШ – контрольная группа (n=51). При работе с первичной документацией пациентов обеих групп выяснялся срок ожидания планируемой госпитализации с момента получения заключения о необходимости проведения КШ, анализировали показатели КАГ. Дополнительно рассматривали данные ЭхоКГ (ФВ ЛЖ) и лабораторные показатели крови (креатинин, мочевина, K^+ , Na^+ , глюкоза, гемоглобин, лейкоциты, эритроциты, СОЭ), определяемые перед проведением КАГ.

Результаты. Наиболее частыми причинами отказов от операции на сердце были боязнь оперативного вмешательства (35,3%) и хорошее самочувствие пациента (33,3%). Третьей по частоте встречаемости явилась такая причина, как отсутствие разъяснительной беседы врача с пациентом о целесообразности проведения оперативного вмешательства (9,8%). Пациентам контрольной группы достоверно чаще назначалась госпитализация для проведения КШ в течение первого месяца после проведения КАГ (n=17 и n=6, p=0,00), а пациентам основной группы – в течение шестого месяца ожидания (n=12 и n=4, p=0,02). При многофакторном анализе отмечено, что повышалось вероятность отказа больных от операции ожидания ее более месяца.

Заключение. Отказы от проведения операции КШ среди пациентов, включенных в лист ожидания, встречаются в 4,8% случаев. Основными

причинами отказов от операции явились отсутствие признаков прогрессирования ИБС, боязнь операции, отсутствие беседы с врачом о необходимости вмешательства. Наиболее важным дополнительным фактором, способствующим отказу от операции, оказалась длительность ее ожидания более месяца.

Российский кардиологический журнал 2012, 5 (97): 63-69

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, очередность.

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия.

Сумин А. Н.* – д. м. н., заведующий отделом мультифокального атеросклероза, Осокина А. В. – к. м. н., старший научный сотрудник лаборатории патологии кровообращения отдела мультифокального атеросклероза, Кочергина А. М. – лаборант-исследователь лаборатории патологии кровообращения отдела мультифокального атеросклероза.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
sumian@cardio.kem.ru, 650002, Кемеровская обл, г. Кемерово, Сосновый бульвар, 6.

ИБС – ишемическая болезнь сердца, КШ – коронарное шунтирование, КАГ – коронароангиография, ЛЖ – левый желудочек, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз, ПКА – правая коронарная артерия, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, СОЭ – скорость оседания эритроцитов, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ЭхоКГ – эхокардиография.

Рукопись получена 29.03.2012
Принята к публикации 10.09.2012

В настоящее время во всем мире все шире применяется оперативное лечение ишемической болезни сердца (ИБС), что улучшает качество жизни и прогноз у больных с наиболее выраженными изменениями коронарных артерий [1]. Вместе с тем, далеко не всегда выполнение операции возможно в кратчайшие сроки после проведения коронароангиографии (КАГ) и определения показаний для оперативного вмешательства. Именно по этой причине образуется «лист ожидания» операции. При его формировании учитывается множество факторов (выраженность клинической картины, морфологические изменения коронарных артерий, наличие сопутствующей патологии [2, 3], уровень биомаркеров [4] для того, чтобы больные с наивысшим риском были оперированы в более сжатые сроки. Однако не всегда удается точно оценить риск ожидания операции, определенное число пациентов не является в кардиохирургический стационар к намеченному сроку плановой операции [5]. В этом случае диагностические ресурсы

не используются оптимальным способом, больные с уже установленным диагнозом не получают той помощи, которая должна улучшить прогноз и качество жизни. Использование социально-психологических критериев при формировании листа ожидания пока только обсуждается [6]. Целью настоящего исследования было изучение причин отказов от плановой операции коронарного шунтирования (КШ) пациентами, включенными в «лист ожидания» операции.

Материал и методы

На период с I/2010 г по III/2011 г в «лист ожидания» НИИ КПССЗ СО РАМН на КШ были внесены 1057 человек (100%), из них по разным причинам не явились 74 человека, что составило 7%. При телефонном опросе уточнена причина неявки 65 человек: 51 (4,8% пациентов) отказались от проведения операции по разным причинам, в 14 случаях (1,3% от общего числа больных в листе ожидания) наступил летальный исход в ходе ожидания

Таблица 1
Продолжительность ожидания планового коронарного шунтирования после проведения коронароангиографии в обследованных группах

Срок (в месяцах)	Группа основная n=51 (100%)	Группа контроля n=51 (100%)	p
до 1 месяца	6 (11,7)	17 (33,3)	0,009
1–2 месяца	6 (11,7)	11 (21,5)	0,18
2–3 месяца*	10 (19,6)	4 (7,8)	0,07
3–4 месяца*	3 (5,8)	0 (0)	0,12
4–5 месяцев*	2 (3,9)	5 (9,8)	0,21
5–6 месяцев*	12 (23,5)	4 (7,8)	0,02
6–7 месяцев	12 (23,5)	7 (13,7)	0,18
12 месяцев*	0 (0)	3 (5,8)	0,12

Примечание: * - учитывая $p < 5$, значение p рассчитывалось с помощью точного критерия Фишера.

оперативного вмешательства. Не удалось выяснить причину неявки в 9 случаях из-за отсутствия возможности связаться с ними, что составило 0,85% от всей группы запланированных на оперативное лечение.

Таким образом, в окончательный анализ причин отказов пациентов от планового оперативного вмешательства вошел 51 пациент – основная группа, что составило 68,9% от общей группы пациентов, не явившихся на плановую операцию КШ к назначенному дню и доступных контакту. Методом телефонного опроса мы выясняли причины, по которым пациенты отказались от планового оперативного вмешательства на сердце. Кроме того, в ходе беседы с пациентом выяснялось наличие либо отсутствие признаков прогрессирования ИБС с момента проведения КАГ до даты предполагаемой госпитализации; состоялась ли разъяснительная беседа с лечащим доктором о целесообразности операции на сердце и каковы альтернативы в случае отказа от вмешательства, а также насколько был удовлетворен пациент полученной информацией. Обсуждалась и степень доверия пациента медицинскому персоналу клиники, где планировалось проведение операции.

Для сопоставления клинико-анамнестических показателей методом сплошной выборки была сформирована группа пациентов, госпитализированных на плановое КШ в НИИ КПССЗ СО РАМН в течение трех недель одного месяца (март 2011) – контрольная группа ($n=51$). При работе с первичной документацией пациентов обеих групп мы выясняли срок ожидания планируемой госпитализации с момента получения заключения о необходимости проведения КШ, анализировали показатели КАГ (показания для проведения, локализацию и степень выраженности поражения коронарных сосудов). Дополнительно рассматривали данные

ЭхоКГ (сократительную способность миокарда ЛЖ), биохимических показателей (общий холестерин, креатинин, мочевины, K^+ , Na^+ , глюкоза натощак, общий билирубин) и общего анализа крови (гемоглобин, лейкоциты, эритроциты, тромбоциты, СОЭ), доступные на момент проведения больному КАГ.

Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica, версия 6.0. Проверка статистической гипотезы о нормальности распределения осуществлялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Для оценки и анализа полученных данных применялись стандартные параметры описательной статистики при распределении, отличном от нормального. Для описания центральных тенденций и дисперсий рассчитывали медианы и интерквартильный размах (Me , 25-й и 75-й процентиля). При анализе различий количественных признаков был использован непараметрический критерий Манна-Уитни. Для оценки связи бинарного признака с одним или несколькими количественными или качественными признаками применялся логистический регрессионный анализ. В многофакторный регрессионный анализ включались переменные, для которых значения критерия статистической значимости при однофакторном анализе составляли меньше 0,1. Многофакторный анализ выполнялся пошагово методом исключения. Уровень статистической значимости (p) был принят равным 0,05.

Результаты

Причины отказов пациентов от оперативного лечения, озвученные при телефонном опросе, представлены на рисунке 1. Наиболее частыми причинами отказов от операции на сердце были страх оперативного вмешательства и хорошее самочувствие пациента (35,3% и 33,3%, соответственно). Третьей по частоте встречаемости явилась такая причина, как отсутствие разъяснительной беседы врача с пациентом о целесообразности проведения оперативного вмешательства (9,8%). Вероятно, этот факт является дополнительной составляющей самой частой причины – страха операции на сердце.

При анализе сроков ожидания госпитализации после получения заключения о необходимости проведения оперативного вмешательства выяснилось, что максимальный срок ожидания в основной группе составил 7 месяцев (табл. 1). Важно отметить, что столь длительный срок ожидания был характерен для четверти ($n=12$) пациентов основной группы. В то же время в контрольной группе большая часть больных (33,3%) были оперированы в течение первого месяца после проведения

КАГ. Пациентам контрольной группы достоверно чаще назначалась госпитализация для проведения КШ в течение первого месяца после проведения КАГ ($n=17$ и $n=6$, $p=0,009$), а пациентам основной группы – в течение шестого месяца ожидания ($n=12$ и $n=4$, $p=0,02$).

Анализ различий в двух изученных группах больных по анамнестическим и клиническим данным представлен в таблице 2. Достоверные различия между сравниваемыми группами выявлены в отношении частоты постинфарктного кардиосклероза (ПИКС). Оказалось, что пациенты контрольной группы отличались большей частотой перенесенного ИМ в анамнезе при сравнении с основной группой ($p=0,003$). При сравнении пациентов двух анализируемых групп по наличию факта инвалидности по сердечно-сосудистому заболеванию (ССЗ) была выявлена тенденция к достоверности. Вероятно, факт наличия инвалидности по ССЗ является одним из определяющих в формировании положительного мнения о необходимости проведения оперативного лечения ИБС. Кроме того, было проведено сравнение обеих групп по функциональному классу ХСН. Следует отметить, что I функциональный класс ХСН встречался чаще среди пациентов основной группы (17,6%), чем контрольной (5,8%), различия имели пограничную статистическую достоверность ($p=0,06$). Данный факт наводит на мысль о том, что отказавшиеся от операции пациенты были более сохранными по сердечной недостаточности. Сравнение данных ЭхоКГ, а именно сократительной способности миокарда левого желудочка, не показало различий между анализируемыми группами (табл. 3). Также при сопоставлении показателей общего и биохимического анализов крови, показателей липидного спектра не отмечено достоверных различий между группами ни по одному параметру.

При оценке особенностей КАГ (табл. 4) отмечено, что группы различались еще по ряду параметров. При анализе типа вмешательства установлено, что в обеих группах с одинаковой частотой были выполнены как экстренные, так и плановые КАГ. Далее было проведено сравнение локализации и степени поражения коронарных сосудов обеих групп. Отмечены различия для стенозов в устье/проксимальном отделе ПКА – в основной группе они выявлены в 70,5% случаев, в контрольной – в 50,9% ($p=0,04$). Тем не менее, по частоте стенозов ствола левой коронарной артерии, частоте трехсосудистого поражения коронарных артерий группы не различались между собой.

Для выявления факторов, ассоциированных с развитием отказа от операции, был проведен однофакторный анализ (табл. 5). При однофакторном анализе отмечено, что повышали вероятность

Таблица 2

**Анамнестические и клинические
данные в изучаемых группах**

Показатели	Группа основная $n=51$ (100%)	Группа контроля $n=51$ (100%)	p
Работающие, n (%)	22 (43,1%)	21 (41,1%)	0,84
Пенсионеры, n (%)	31 (60,7%)	31 (60,7%)	1,0
Наличие инвалидности, n (%)	15 (29,4%)	24 (47%)	0,06
Мужчины, n (%)	47 (92%)	45 (88,2%)	0,53
Женщины*, n (%)	5 (9,8%)	7 (13,7%)	0,53
Возраст (лет)	56 (55;65)	58 (57;59)	0,56
Возраст <50 лет*, n (%)	4 (7,8%)	3 (5,8%)	0,5
Возраст 50–70 лет, n (%)	45 (88,2%)	46 (90,1%)	0,76
Возраст > 70 лет*, n (%)	3 (5,8%)	3 (5,8%)	0,66
Индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$)	26 (24;34)	31,7 (30,3;33,0)	0,56
Постинфарктный кардиосклероз, n (%)	14 (27,4%)	42 (82,3%)	0,003
Повторный ИМ за период ожидания*	2 (3,9%)	5 (9,8%)	0,24
Артериальная гипертензия*, n (%)	10 (19,6%)	5 (9,8%)	0,16
Давность артериальной гипертензии (лет)	3 (1;5)	6,5 (3,0; 10,0)	0,24
Сахарный диабет 2 типа, n (%)	6 (11,7%)	9 (17,6%)	0,40
Инсульт в анамнезе*, n (%)	4 (7,8%)	2 (3,9%)	0,40
I функциональный класс ХСН *	9 (17,6%)	3 (5,8%)	0,06
II функциональный класс ХСН	25 (49%)	33 (64,7%)	0,11
III функциональный класс ХСН	7 (13,7%)	9 (17,6%)	0,58
Риск операции КШ по EuroSCORE (%)	3,8 (3,8; 3,8)	6,0 (6,0; 6,0)	0,5

Примечание: *- учитывая $p<5$, значение p рассчитывалось с помощью точного критерия Фишера.

Сокращения: ИМ – инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, КШ – коронарное шунтирование.

отказа больных от операции ожидание ее более месяца и наличие инвалидности по сердечно-сосудистому заболеванию (в последнем случае – статистически незначимое). Факторами, уменьшающими вероятность отказа больного от операции, были наличие постинфарктного кардиосклероза ($p=0,05$) и проксимальное поражение правой коронарной артерии ($p=0,1$). Чтобы оценить факторы, независимо влияющие на вероятность развития негативного отношения к оперативному вмешательству на сердце, был проведен пошаговый логистический регрессионный анализ, в который включили факторы, показавшие наличие связи с риском отказа от планового вмешательства по результатам однофакторного анализа. Отношение шансов формирования отказа от планового оперативного лечения ИБС было наиболее значимым для пациентов, чье ожидание госпитализации на плановое КШ после проведения КАГ составило более 1 месяца (табл. 5). Таким образом, ожидание оперативного

Таблица 3
Данные лабораторного и инструментального
обследования в изучаемых группах

Показатели	Группа основная n=51 (100%)	Группа контроля n=51 (100%)	p
Фракция выброса левого желудочка (%)	56 (49,0; 63,0)	63,5 (63,0; 64,0)	0,13
Креатинин (мкмоль/л)	85 (60;102)	88 (80; 106)	0,93
Мочевина (ммоль/л)	5,9 (4,0;6,8)	5,8 (4,7; 7,2)	0,22
K ⁺ (ммоль/л)	4,5 (4,1; 4,9)	4,4 (4,3; 4,7)	0,22
Na ⁺ (ммоль/л)	138,2 (132; 142)	140 (137; 142)	0,06
Глюкоза (ммоль/л)	4,9 (4,5; 5,7)	5,5 (5,1;6,1)	0,09
Гемоглобин (г/л)	145 (131; 151)	145 (136; 151)	0,97
Лейкоциты (10 ⁹ /л)	7,0 (5,7; 8,4)	6,3 (5,5; 7,5)	0,38
Эритроциты (10 ¹² /л)	4,6 (4,2; 4,7)	4,7 (4,5; 5,0)	0,19
СОЭ	6 (3; 12)	6 (4; 10)	0,82

Таблица 4
Результаты КАГ в группах обследованных больных

Показатели	Группа основная n=51 (100%)	Группа контроля n=51 (100%)	p
Плановая КАГ	42 (82,3%)	47 (92,1%)	0,11
Экстренная КАГ*	9 (17,6%)	4 (7,8%)	0,11
Стенозы ствола ЛКА > 50%	12 (23,5%)	12 (23,5%)	1,00
Стенозы ствола ЛКА > 90%*	0 (0%)	2 (3,9%)	0,24
Стенозы ПНА > 70%	43 (84,3%)	43 (84,3%)	1,00
Окклюзия ПНА	14 (27,4%)	17 (33,3%)	0,51
Устье/Проксимальный сегмент ПНА	37 (72,5%)	32 (62,7%)	0,28
Стенозы ОА > 70%	29 (56,8%)	29 (56,8%)	1,00
Окклюзия ОА*	5 (9,8%)	6 (11,7%)	0,50
Устье/Проксимальный сегмент ОА	19 (37,2%)	18 (35,2%)	0,83
Стенозы ПКА > 70%	40 (78,4%)	37 (72,5%)	0,48
Окклюзия ПКА	24 (47%)	20 (39,2%)	0,42
Устье/Проксимальный сегмент ПКА	36 (70,5%)	26 (50,9%)	0,04

Примечание: * - учитывая n<5, значение p рассчитывалось с помощью точного критерия Фишера.

Сокращения: КАГ – коргнарноангиография; ЛКА – левая коронарная артерия; ПНА – передняя нисходящая артерия; ОА – огибающая артерия; ПКА – правая коронарная артерия.

Таблица 5
Факторы, провоцирующие негативное отношение
больного к проведению планового КШ (по данным
логистического регрессионного анализа)

Показатели	ОШ	95% ДИ	P
Однофакторный анализ			
Наличие инвалидности по ССЗ	1,97	0,86–4,5	0,10
Постинфарктный кардиосклероз	0,41	0,16–1,01	0,05
Наличие стенозов в устье/проксимальном сегменте ПКА	0,52	0,23–1,17	0,1
Ожидание операции > 1 мес	8,0	2,13–29,93	0,003
Многофакторный анализ			
Постинфарктный кардиосклероз	0,49	0,18–1,28	0,14
Ожидание операции > 1 мес	7,25	1,91–27,48	0,003

Сокращения: ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ОШ – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал, КШ – коронарное шунтирование; ПКА – правая коронарная артерия.

вмешательства более 1 месяца способно негативным образом отразиться на отношении к предстоящей операции.

Обсуждение

Основными причинами отказа от операции КШ были: страх операции, отсутствие жалоб на состояние со стороны сердечно-сосудистой системы при обычных бытовых нагрузках и недостаточное информирование пациента врачом о целесообразности данного вида вмешательства.

В литературе мы не встретили отдельного анализа причин отказов пациентов от операции КШ. В одной из работ при анализе проблем листа ожидания наряду с прочими причинами несостоявшихся операций (летальный исход, смена тактики реваскуляризации миокарда, наличие тяжелой сопутствующей патологии) приводятся данные о числе отказов от операций [5]. Общее число таких случаев составило 2,2%, что меньше отмечаемой нами частоты (4,8%). Авторы данной статьи также отмечали, что среди пациентов, имеющих в анамнезе несколько сопутствующих заболеваний, средней и тяжелой степени выраженности, у которых срок ожидания операции был меньше, реже встречались отказы от операции (2,0%) по сравнению с группой пациентов, страдающих наименьшим числом сопутствующих заболеваний, с более легкой степенью их выраженности и большим сроком ожидания операции (2,6%) [5]. Это вполне согласуется с полученными нами данными о влиянии анализируемых показателей на частоту отказов больных от операции КШ. В этой же статье отмечено, что увеличение срока ожидания операции приводит к увеличению числа летальных исходов в группе больных с меньшей тяжестью состояния (до 1,4%) по сравнению с пациентами, исходно имеющими более выраженную степень тяжести состояния (0,8%) [5]. При этом средний срок ожидания планового оперативного лечения для пациентов со средним риском составляет 21 неделю, а для пациентов высокого риска – 10 недель [5]. Можно предполагать наличие прямой взаимосвязи между сроком ожидания и степенью готовности пациента своевременно явиться на операцию. По нашим данным, ожидание оперативного вмешательства более 1 месяца способно негативным образом отразиться на отношении больного к предстоящей операции.

Увеличение времени ожидания операции также дополнительно влияет на клинический и психологический статус больных. Так, время ожидания КШ более 3 месяцев приводило к снижению качества жизни у больных по сравнению с пациентами, ожидавшими операции меньший срок. При этом различия в показателях качества жизни сохранялись и через 6 месяцев после операции [7]. В достаточно давнем канадском исследовании изучено психологическое

состояние больных, ожидавших операции КШ [8]. Хотя объяснением результатов КАГ и необходимости прямой реваскуляризации миокарда были удовлетворены 96% пациентов, однако 84% больных жаловались, что ожидание операции было для них сильным стрессом, 64% испытывали умеренную тревожность. Ощущение гнева в связи с задержкой испытывали 16% больных, но только 4% думали, что установление очередности согласно медицинским показаниям является несправедливой. В целом 41% больных были удовлетворены оказываемой им поддержкой, а 47% пациентов отмечали проблемы преимущественно вследствие плохой коммуникации [8]. В более поздней работе практически все больные перед операцией КШ испытывали легкую тревожность, кроме 8% пациентов, у которых тревога была выраженной, однако после операции психологический статус пациентов восстанавливался [9]. Можно предположить, учитывая наши данные, что лица с наиболее выраженной тревожностью могут вовсе отказаться от операции и не явиться на госпитализацию.

Другим психологическим фактором, влияющим на склонность больных игнорировать рекомендации врача, в последнее время считают тип личности Д, который характеризуется тенденцией переживать негативные эмоции и подавлять их выражение в социальных контактах [10]. Больные с таким типом личности отличаются склонностью не следовать рекомендациям врача и не сообщать своевременно о развитии симптомов заболевания медицинскому персоналу. Доказано, что тип личности Д связан с увеличенным риском снижения качества жизни и выглядит менее благоприятным для получения эффекта от медикаментозных и инвазивных вмешательств [11]. Можно предположить, что такой тип личности больного более вероятно приведет его к мысли отказа от операции, нежели лиц с другими психологическими чертами. Косвенное подтверждение вышеприведенного предположения можно найти в проведенном нами ранее исследовании, в котором распространенность типа личности Д среди больных перед плановой операцией КШ без поражения других артериальных бассейнов составила только 11,6% [12], при средней частоте типа личности Д в популяции 25–30% [11]. На наш взгляд, это можно объяснить тем, что больные с типом личности Д не доходят до кардиохирургической клиники (отказываясь либо от плановой КАГ, либо от планового оперативного вмешательства).

Одним из определяющих факторов, влияющих на решение пациента о возможности операции на сердце, является его осведомленность о планируемом оперативном вмешательстве [13]. По данным анкетирования врачей Москвы и Московской области, более 90% из них указали, что 37,1% отказов пациентов от операции обусловлены возможной

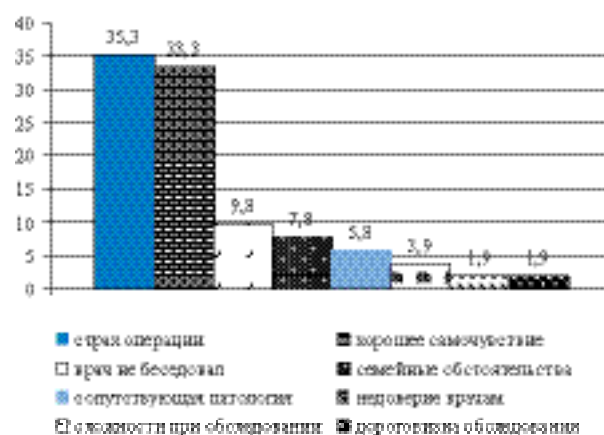


Рис. 1. Причины отказов пациентов от оперативного вмешательства.

высокой доплатой за лечение; указание на страх пациентов перед вмешательством встречалось в 20% случаев [14]. По нашим данным, опасение перед оперативным вмешательством послужило причиной отказа от плановой операции КШ в 37,5% случаев, что почти в 2 раза чаще. Несомненно, объективное и адекватное информирование пациента должно быть одним из основных звеньев принятия клинического решения. Можно думать, что при наличии исчерпывающей информации пациенту было бы легче принять положительное решение о предстоящей операции на сердце. По данным настоящего исследования, несостоявшаяся разъяснительная беседа врача с пациентом о необходимости операции стала причиной отказа от вмешательства в 10,4% случаев, а «недоверие врачам» – в 4,2%.

Результаты настоящей работы свидетельствуют о важности индивидуального подхода при планировании оперативного вмешательства у пациентов с ИБС. При формировании «листа ожидания» важно учитывать клинические/психологические (тревожность, депрессия) и организационные аспекты (срок ожидания операции, доступность предоперационного обследования, четкая схема-последовательность оформления документов), которые способствуют повышению своевременной явки пациентов на плановое вмешательство. Большинство причин, способствующих отказу пациентов от операции, являются модифицируемыми. Своевременное воздействие на них может уменьшить число неявок на операцию, что, в свою очередь, поможет избежать напрасных расходов на обследование больных и, как следствие, повысить их выживание. Первостепенное место должно уделяться информированности больных [13] и выявлению группы пациентов с особенностями психологического статуса для возможной коррекции [15].

Оценка и коррекция психологического статуса у больных перед операцией КШ может быть полезна

и с других позиций. В систематическом обзоре наличие депрессии и тревожности в предоперационном периоде в наибольшей степени предсказывали проявление этих симптомов в послеоперационном периоде [16]. В то же время наличие повышенного уровня депрессии и тревожности в предоперационный период ухудшали долговременную выживаемость больных (ОР 1,07 и 1,09, соответственно) [17]. Делались попытки повлиять на психологический статус больных не только при развитии симптомов депрессии после операции КШ [18, 1], но и в предоперационный период. Например, проведение сразу после включения в «лист ожидания» двухнедельного курса «пререабилитации», состоявшего из умеренных физических тренировок и стресс-лимитирующих воздействий, позволило сразу после включения улучшить ментальный компонент качества жизни непосредственно перед операцией и через 6 месяцев после нее [19]. Также есть данные, что курс дооперационной реабилитации перед КШ при последующем 12-летнем наблюдении сопровождался снижением риска летального исхода (ОР 0,814) [17].

Необходимо также стремиться к уменьшению времени ожидания операции, что происходит в настоящее время во многих западных странах. Так, с 1995 по 2008 годы медиана времени ожидания операции КШ в двух провинциях Канады снизилась с 31 до 11–13 дней, а стентирование коронарных арте-

рий выполняется преимущественно непосредственно после КАГ [20]. Правда, следует признать, что западные коллеги не обольщаются этими цифрами, поскольку они начинают отсчитывать время ожидания операции КШ (или стентирования коронарных артерий) не с момента включения в лист ожидания, а с момента возникновения симптомов ИБС [3, 21].

Заключение

В ходе исследования было установлено, что отказы от проведения операции КШ среди пациентов, включенных в «лист ожидания», встречаются в 4,8% случаев. Основными причинами отказов от операции явились отсутствие признаков прогрессирования ИБС, боязнь операции, отсутствие беседы с врачом о необходимости вмешательства. Кроме того, наиболее важным дополнительным фактором, способствующим отказу от операции, оказалась длительность ее ожидания более месяца. Таким образом, при формировании «листа ожидания» требуется учет вышеперечисленных клинических факторов, выявление больных с психологическими проблемами для проведения целенаправленной работы. Доверие и взаимопонимание между пациентом и медицинским персоналом, а также индивидуальный подход помогут уменьшить число отказов пациентов от оперативного лечения и страх перед предстоящей операцией.

Литература

1. 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol 2011; 58 (24): e123–210.
2. Sobolev B., Fradet G., Hayden R., et al. Delay in admission for elective coronary-artery bypass grafting is associated with increased in-hospital mortality. BMC Health Services Research 2008; 8:185.
3. Legare J-F., Li D., Buth K.J. How established wait time benchmarks significantly underestimate total wait times for cardiac surgery. Can J Cardiol 2010; 1:17–21.
4. Henriksson M., Palmer S., Chen R., et al. Assessing the cost effectiveness of using prognostic biomarkers with decision models: case study in prioritising patients waiting for coronary artery surgery. BMJ 2010; 340: b5606. doi: 10.1136/bmj.b5606.
5. Sobolev B., Levy A., Kuramoto L., et al. The risk of death associated with delayed coronary artery bypass surgery. BMC Health Services Research 2006; 6:85.
6. Shufelt K., Chong A., Alter DA. Triage for coronary artery bypass graft surgery in Canada: Do patients agree on who should come first? BMC Health Services Research 2007; 7:118.
7. Sampalis J., Boukas S., Liberman M., et al. Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. CMAJ 2001; 165 (4): 429–33.
8. Petrie JF., Cox JL., Teskey RJ., et al. Preliminary assessment of patients' opinions of queuing for coronary bypass graft surgery at one Canadian centre. Qual Health Care 1996; 5 (3):166–71.
9. Murphy B.M., Elliott P.C., Higgins R.O. et al. Anxiety and depression after coronary artery bypass graft surgery: most get better, some get worse. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2008; 15 (4):434–40.
10. Sumin A.N. The type D (distressed) in patient with cardiovascular disease. Cardiology 2010; 10: 66–73. Russian (Сумин А.Н. Поведенческий тип личности Д (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях. Кардиология 2010, 10:66–73).
11. Denollet J., Schiffer A.A., Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010; 3 (5):546–57.
12. Sumin A.N., Raiykh O.I., Korok E.V., et al. The type D in patients with multifocal atherosclerosis: the prevalence, impact on quality of life. Creative Cardiology 2010; 2:123–133. Russian (Сумин А.Н., Райх О.И., Корок Е.В., и др. Личностный тип
- Д у больных мультифокальным атеросклерозом: распространенность, влияние на качество жизни. Креативная кардиология 2010, 2:123–33).
13. Dupik N.V. The myocardial revascularization. Evaluation of European recommendations 2010 г. <http://www.evrika.ru/artikle/248> (19.08.2011). Russian (Дупик Н.В. Реваскуляризация миокарда. Анализ Европейских рекомендаций 2010 г. <http://www.evrika.ru/artikle/248> (19.08.2011)).
14. Research and Information Center, Science and Organization Department, Bakoulev Center for Cardiovascular Surgery, Russian Academy of Medical Sciences. <http://www.bakulev.ru>. Russian (Информационно-аналитический центр научно-организационного отдела Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН. <http://www.bakulev.ru>).
15. Oganov R.G., Pogoseva G.V., Koltunov I.E., et al. Shorten Length of Depressive Symptoms Worsen Cardiovascular Prognosis and Life in Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease. Cardiology 2011; 2 (51):59–66. Russian (Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Кардиология 2011, 2 (51):59–66).
16. McKenzie L. H., Simpson J., Stewart M. A systematic review of pre-operative predictors of post-operative depression and anxiety in individuals who have undergone coronary artery bypass graft surgery. Psychol Health Med 2010; 15 (1):74–93.
17. Rideout A., Lindsay G., Godwin J. Patient mortality in the 12 years following enrolment into a pre-surgical cardiac rehabilitation programme. Clin Rehabil 2011; 15.
18. Rollman B.L., Belnap B.H., LeMenager M.S. et al. Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. JAMA 2009; 18; 302 (19):2095–103.
19. Rosenfeldt F., Braun L., Spitzer O., et al. Physical conditioning and mental stress reduction—a randomised trial in patients undergoing cardiac surgery. BMC Complement Altern Med 2011; 9:11–20.
20. Southern D.A., Izadnegahdar M., Humphries K.H. et al. Trends in wait times for cardiac revascularization. Can J Cardiol 2011; 27 (2):262. e21–7.
21. O'Neill B.J., Simpson C.S. Improved wait times for coronary revascularization: cause to celebrate spotting the iceberg in time or time to look under the surface? Can J Cardiol 2011; 27 (2):263.e1–3.

“Waiting list” problems: reasons for patients’ refusal of planned coronary artery bypass graft surgery

Sumin A. N., Osokina A. V., Kochergina A. M.

Aim. To identify the reasons for the patients’ refusal to undergo a planned coronary artery bypass graft (CABG) surgery, after being put on the “waiting list” for the intervention.

Material and methods. From January 2010 to March 2011, 1,057 patients (100%) were put on the CABG “waiting list” of the Research Institute of Complex Cardiovascular Problems, Kemerovo. Due to various reasons, 74 individuals refused to undergo the surgery (7%). The reasons for refusal were identified during a telephone interview of 65 patients; for 51 (4,8%), the refusal was confirmed. The final analysis included 51 patients – the main group, who refused the intervention due to various reasons. Clinical and anamnestic parameters of these patients were compared to those of the control group (51 consecutive patients hospitalised for the planned CABG). For both groups, the primary medical documentation was used to determine the waiting period between establishing the need for CABG and the planned hospitalisation, as well as to record the results of coronary artery angiography (CAG). In addition, we analysed the results of echocardiography (EchoCG; left ventricular ejection fraction, LVEF) and the levels of creatinine, urea, potassium, sodium, glucose, haemoglobin, white and red blood cells, and erythrocyte sedimentation rate, measured before CAG.

Results. The most prevalent refusal reasons were fear of the intervention (35,3%) and good self-perceived health (33,3%). The third most common reason was no

explanation of the intervention importance to the patient by the doctor (9,8%). In the control group, the hospitalisation for planned CABG significantly more often took place within one month after CAG, compared to the main group ($n=17$ and 6 , respectively; $p<0,01$). By contrast, in the main group, hospitalisation for CABG was significantly more often planned for the sixth month after CAG, compared to the control group ($n=12$ and 4 , respectively; $p=0,02$). According to the multivariate analysis results, waiting for the intervention for longer than one month was associated with an increased likelihood of refusal.

Conclusion. The prevalence of CABG refusal among “waiting list” patients was 4,8%. The main reasons for refusal included no symptoms of coronary heart disease progression, fear of intervention, and no explanation of the intervention necessity. The key additional factor associated with refusal was the waiting time over one month.

Russ J Cardiol 2012, 5 (97): 63-69

Key words: coronary heart disease, coronary artery bypass graft surgery, waiting list order.

Research Institute of Complex Cardiovascular Problems, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo, Russia.