

УДК 616.12-005.4-089:616-053.9

*А. Ю. Титков***ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЧНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА  
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ  
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА***Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России,  
Институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Санкт-Петербург*

Одной из актуальных проблем кардиологии остается выбор объема и тактики лечения пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца. Известно, что главной причиной смертности и инвалидности в настоящее время во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания. Несмотря на стремительное развитие кардиологии во всем мире, в нашей стране еще остаются области, в которых уровень оказания помощи пациентам недостаточен. Сюда относятся и медицинская помощь пожилым пациентам. Известно, что в западной медицине возраст, сам по себе, не является абсолютным противопоказанием к направлению пациентов на аортокоронарное шунтирование или коронарную ангиопластику, в то время как в практике российских врачей зачастую именно возраст является «оправданием» при отказе больному в хирургическом или инвазивном лечении.

Ускорение темпов развития современной медицины и увеличение продолжительности жизни на протяжении XX столетия привело к перераспределению возрастного состава популяций и повышению в них доли пожилых и старых людей — демографическому старению. В связи с этим, здоровье и качество жизни лиц пожилого и старческого возраста в современном обществе становится все более актуальной задачей здравоохранения [1].

Ишемической болезни сердца (ИБС) принадлежит ведущая роль среди всех причин инвалидности и смертности населения [2].

В последнее время наряду с традиционной консервативной терапией и аортокоронарным шунтированием, все чаще стали применять интервенционные технологии, к которым относится коронарная ангиопластика (КА) со стентированием. Эти современные технологии являются менее травматичными для пациента и не требуют применения искусственного кровообращения, что значительно сокращает пребывание пациентов в отделении кардиореанимации и в стационаре в целом [3]. В случае наличия много-сосудистого поражения пациентам, как правило, рекомендуют проведение аортокоронарного шунтирования [4]. Однако у лиц пожилого возраста, зачастую, выполнение аортокоронарного шунтирования связано с большим риском для жизни из-за наличия у них сопутствующей тяжелой патологии. В связи с этим, операцией выбора для пациентов пожилого и старческого возраста является частичная коронарная ангиопластика. Проведение коронарной ангиопластики имеет минимальный оперативный риск у этой категории пациентов, а также снижает риск развития острого инфаркта миокарда в отдаленном послеоперационном периоде [5].

Под понятием «реваскуляризация миокарда методом частичной коронарной ангиопластики» мы понимаем реваскуляризацию «синдром-зависимой» артерии при многососудистом поражении коронарного русла с использованием коронарной баллонной ангиопластики и коронарного стентирования при высокой степени выраженности коллатерального кровообращения.

Данная работа посвящена изучению результатов частичной реваскуляризации миокарда у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС.

**Материал и методы исследования.** Нами проведено обследование 165 гериатрических пациентов с ИБС, из которых 83 больным была выполнена частичная реваскуляризация миокарда методом коронарной ангиопластики (1 группа), а 82 пациента получали консервативное лечение (2 группа). Состав исследуемой и контрольной групп по полу был практически одинаков, в каждой из групп большую часть (около 75 %) составляли мужчины.

Количество пациентов с острым инфарктом миокарда, стабильной и нестабильной стенокардией в рассматриваемых группах достоверно не различалось (табл. 1). Более 50 % исследуемых пациентов перенесли один или несколько инфарктов миокарда и в 20 % случаев имели симптомы недостаточности кровообращения I–III функционального класса в соответствии с классификацией NYHA.

Обследование пациентов проводилось при поступлении их в стационар и через 6 месяцев после проведенного лечения.

Методы обследования пациентов включали 24-часовое мониторирование электрокардиограммы, тредмил-тест с дозированной физической нагрузкой.

Сократительная функция миокарда оценивалась методом эхокардиографии. Проводилась оценка глобальной сократимости ЛЖ и индекса локальной сократимости по 16-сегментарной модели, согласно рекомендациям Американской ассоциации эхокардиографии.

Таблица 1

**Характеристика групп пациентов в зависимости от формы ИБС**

Форма ИБС	Количество пациентов (%)	
	1 группа (n=83)	2 группа (n=82)
Стабильная стенокардия 3–4 ФК	4 (4,8 %)	6 (4,9 %)
Нестабильная стенокардия	21 (25,3 %)	25 (30,5 %)
Острый инфаркт миокарда	36 (43,4 %)	32 (39 %)
Ранняя постинфарктная стенокардия	22 (26,5 %)	19 (23,2 %)

Всем пациентам проводилось изучение уровня качества жизни с использованием опросника SF-36, который является надежным и достоверным методом оценки качества жизни, как в нормальной популяции, так и у пациентов с ИБС. Данный опросник позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени выраженности болевого синдрома. Следует отметить, что наличие более высоких баллов, полученных при обработке опросника, соответствуют более высокому уровню здоровья.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализ полученных результатов свидетельствует, что при суточном мониторировании ЭКГ признаки недостаточности коронарного кровообращения (депрессия сегмента ST и инверсия зубца T) до проведения лечения в 1 и 2 группах встречались с одинаковой частотой (82 и 80 %, соответственно). Повторное обследование через 6 месяцев выявило признаки ишемии у пациентов 1-й группы достоверно реже, чем у пациентов 2 группы (27 % и 52 %, соответственно,  $p < 0,05$ ).

Результаты, полученные при проведении суточного мониторирования ЭКГ, хорошо сочетаются с данными теста с дозированной физической нагрузкой на тредмиле.

Критериями положительного тредмил-теста считались возникновение приступов стенокардии и/или появление ЭКГ-признаков ишемии миокарда, также оценивалась усталость, динамика ЧСС, АД, одышка. Результаты тредмил-теста в 1 и 2 группах спустя 6 месяцев от начала лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты тредмил-теста у пациентов 1 и 2 исследуемых групп в отдаленном послеоперационном периоде

Критерии прекращения тредмил-теста	Количество пациентов (%)	
	1 группа (n=81)	2 группа (n=73)
Боли за грудиной	3,6	13,6*
ЭКГ-критерии ишемии миокарда	20,5	30,2*
Усталость	14,4	5,4*
Достижение субмаксимальной ЧСС	2,4	0*
Подъем и снижение АД	1,2	2,8*
Диспноэ	2,4	8,2*
Итого:	44,5	60,2*

\* — ( $p < 0,05$ ) достоверность различий средних значений показателей

Полученные данные свидетельствуют о достоверно меньшем общем числе случаев положительного тредмил-теста у пациентов 1 группы после реваскуляризации миокарда методом частичной КА относительно пациентов 2 группы, получивших только консервативную терапию (44,5 % и 60,2 %, соответственно,  $p < 0,05$ ).

При эхокардиографической оценке глобальной сократительной функции миокарда в отдаленном периоде в 1 группе у пациентов с острым инфарктом миокарда фракция выброса левого желудочка увеличилась на 14 %, а у пациентов с постинфарктной стенокардией — на 13 %. Во 2 группе у пациентов с острым инфарктом миокарда произошло увеличение фракции выброса левого желудочка лишь на 9 %, а у пациентов с постинфарктной стенокардией — на 2 %. У пациентов со стенокардией напряжения 3–4 функционального класса и нестабильной стенокардией в обеих группах заметного увеличения фракции выброса левого желудочка не произошло.

При эхокардиографической оценке локальной сократимости левого желудочка отмечено уменьшение индекса локальной сократимости у пациентов 1 группы с острым инфарктом миокарда на 0,31 (27,2 %), а с постинфарктной стенокардией — на 0,12 (9,6 %), в отличие от пациентов 2 группы, у которых при остром инфаркте миокарда индекс локальной сократимости уменьшился на 0,12 (8 %), а при постинфарктной стенокардии на 0,06 (4,7 %), что было обусловлено уменьшением числа зон гипокинезии, увеличением количества зон нормокинезии при неизменном количестве зон акинезии. При оценке локальной сократимости левого желудочка в отдаленном периоде отмечается достоверно лучшее восстановление функции левого желудочка у пациентов 1 группы относительно пациентов 2 группы ( $p < 0,05$ ).

Для оценки качества жизни пациентов группы частичной реваскуляризации и консервативной терапии до лечения и в отдаленном периоде использовались показатели качества жизни опросника SF-36 [6]. По критериям физического функционирования, физического ограничения ролевых функций, физической боли, жизненной силы, социального функционирования и эмоционального ограничения ролевых функций в отдаленном послеоперационном периоде группа пациентов, которым была выполнена частичная реваскуляризация миокарда, имели достоверно более высокие средние показатели ( $p < 0,05$ ) относительно исходных данных.

Пациенты, получавшие консервативную терапию, в отдаленном периоде имели достоверно более высокие средние показатели только по критериям физического функционирования, физического ограничения ролевых функций, физической боли и эмоционального ограничения ролевых функций, относительно исходных данных. При этом отмечается тенденция к более значительному повышению уровня качества жизни у пациентов гериатрической группы после частичной реваскуляризации миокарда, относительно группы пациентов после консервативной терапии.

Таким образом, по полученным в нашем исследовании данным, частичная реваскуляризация миокарда при многососудистом поражении коронарного русла предпочтительнее консервативного лечения у пациентов гериатрической группы. Коронарная ангиопластика только «синдром-зависимой» артерии позволяет значительно увеличить резервы коронарного кровотока, что при высокой степени выраженности коллатерального кровообращения, приводит к исчезновению клинических симптомов ишемической болезни сердца, стабилизации состояния пациента, уменьшению проявлений сердечной недостаточности и повышению уровня качества жизни. При этом в значительной мере снижается продолжительность и риск проведения оперативного вмешательства, уменьшается операционная травма, объем медикаментозной терапии и общая стоимость хирургического лечения, что особенно важно для пациентов пожилого и старческого возраста.

#### Summary

*Titkov A. Yu.* The influence of partial myocardial revascularization on quality of life of elderly patients with ischemic heart disease.

One of the main difficulties in cardiology is how to correctly choose the volume and method of treatment in elderly patients with ischemic heart disease. 165 elderly patients with IHD were included into the study. 83 patients received partial myocardial revascularization by PTCA and stenting and 82 patients were on the conservative medical treatment. The state of coronary flow was estimated by means of the Holter-monitoring and treadmill-test results. Contraction ability of the heart was evaluated by echocardiography. The Quality of life level in patients was measured by SF-36 questionnaire. The results prove that elderly patients with IHD can benefit from the early partial myocardial revascularization which increases coronary circulation, quality of life level and preserves left ventricular function.

*Key words:* elderly age, myocardial revascularization, coronary angioplasty, stenting.

#### Литература

1. Серова Л. Д., Силина З. Д., Кочеткова Л. П., Грачева Т. В. Демографические аспекты процесса старения населения в России // Актуальные проблемы геронтологии. М. 1999. С. 21–23.
2. Шляхто Е. В. Некоторые направления реформирования кардиологической службы // «Кардиология — XXI век», Всероссийская научная конференция. Тезисы докладов и сообщений. СПб., 2001. С. 243–244.
3. Бокерия Л. А., Бершвили И. И., Сугаев И. Ю. Реваскуляризация миокарда — меняющиеся подходы и пути развития // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1999. № 6. С. 102–112.
4. Шнейдер Ю. А. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца // Монография «Ишемическая болезнь сердца» / Под. ред. Козлова К. Л., Шанина В. Ю., СПб., 2002. Гл. 20. С. 321–333.
5. Safian R. D., Freed M. S. The manual of interventional cardiology, third edition // Physicians' Press. 2001. 1029 p.
6. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993.