

СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Оценка качества жизни у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца при вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений

Жаркова Е.Д.*, Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Гусейнова Э.Т., Золотарева Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. от имени рабочей группы регистра «ПРОФИЛЬ»

Национальный медицинский исследовательский центр терапевтической и профилактической медицины, Москва, Россия

Цель. Оценить качество жизни пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) исходно и через 12 мес медикаментозной и немедикаментозной вторичной профилактики согласно клиническим рекомендациям (КР).

Материал и методы. В исследование было включено 73 пациента (57 мужчин, 16 женщин) с подтвержденной стабильной ИБС, из них 44 пациента описывали клинику стенокардии напряжения I-IV функционального класса. Исследование включало 2 визита: первичное обращение (V0) и повторный визит через 12 мес (V2). На обоих визитах оценивались артериальное давление (АД), уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), качество жизни (КЖ) – определялось у больных стенокардией напряжения с помощью SAQ (Seattle Angina Questionnaire), лекарственная терапия. Также оценивалось соблюдение 5 основных принципов профилактики: (1) здоровый образ жизни (ЗОЖ): отказ от курения, умеренная физическая активность, гиполипидемическая и низкоуглеводная диета; (2) нормализация массы тела; (3) оптимальная лекарственная терапия: 4 лекарственных средства согласно КР; (4) достижение целевых значений ХС ЛНП у всей группы <1,8 ммоль/л; (5) достижение целевых уровней АД у пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Во время V0 при необходимости корректировалась лекарственная терапия в соответствии с КР. Во время V2 были обследованы 57 пациентов (47 мужчин и 10 женщин). Отклик составил 80,8%.

Результаты. Через 12 мес наблюдения по результатам SAQ отмечалось статистически значимое улучшение переносимости физических нагрузок ($p=0,003$), показателя стабильности стенокардии ($p=0,045$) и частоты приступов стенокардии напряжения ($p=0,003$). Через 12 мес наблюдения оптимальную медикаментозную терапию использовали 59% пациентов. ЗОЖ был достигнут у 20,4%, целевой уровень ХС ЛНП – у 44,5% пациентов, а целевое АД – у 74,6%. Достижение всех 5 принципов вторичной профилактики ИБС к визиту через 12 мес наблюдения выявлено только у 7% пациентов ($n=4$), а выполнение 4 принципов профилактики отмечено у четверти пациентов (24,5%, $n=14$).

Заключение. При медикаментозной и немедикаментозной вторичной профилактике ИБС у пациентов со стабильной стенокардией напряжения через год наблюдения отмечено статистически значимое повышение показателей КЖ за счет увеличения переносимости физических нагрузок и уменьшения частоты приступов стенокардии. Тем не менее, основные принципы профилактики в полном объеме были выполнены только у 7% больных.

Ключевые слова: стабильная ишемическая болезнь сердца, качество жизни, клинические рекомендации, вторичная профилактика, оптимальная медикаментозная терапия.



Для цитирования: Жаркова Е.Д., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Гусейнова Э.Т., Золотарева Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Оценка качества жизни у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца при вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2023;19(2):167-172. DOI:10.20996/1819-6446-2023-04-05. EDN BYFEVH

Secondary Prevention and Quality of Life of Patients with Stable Coronary Heart Disease

Zharkova E.D.*, Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Huseynova E.T., Zolotareva N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M.
on behalf of the working group of the register "PROFILE"
National Medical Research Center for Therapeutic and Preventive Medicine, Moscow, Russia

Aim. To assess the quality of life of patients with stable coronary heart disease (CHD) initially and 12 months after drug and non-drug secondary prophylaxis according to clinical guidelines.

Material and methods. 73 patients (57 men, 16 women) with confirmed stable coronary artery disease were included in the study, of which 44 patients described a clinic for angina pectoris of functional class I-IV. The study included 2 patient visits: an initial treatment visit (V0) and a repeat visit after 12 months (V2). At both visits, blood pressure (BP), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-c), quality of life (QL) were assessed using SAQ (Seattle Angina Questionnaire), drug therapy. Compliance with 5 basic principles of prevention was also assessed, which included: (1) healthy lifestyle (healthy lifestyle) (rejection of bad habits (smoking), moderate physical activity, low-cholesterol and low-carb diet); (2) normalization of body weight; (3) optimal drug therapy (the frequency of taking medications was evaluated using the original questionnaire); (4) achievement of target values of LDL-c in the entire group; (5) blood pressure in hypertensive patients. During V0, if necessary, drug therapy was adjusted in accordance with clinical recommendations. During V2, 57 patients (47 men and 10 women) were examined. The response was 80.8%.

Results. After 12 months of follow-up, a statistically significant improvement in exercise tolerance ($p=0.003$), angina stability index ($p=0.045$) and the frequency of stress angina attacks ($p=0.003$) was noted when assessing the median of QL indicators. After 12 months of follow-up, 59% of patients used optimal drug therapy, including 4 drugs according to clinical guidelines. A healthy lifestyle (regular physical activity and smoking cessation) was achieved in 20.4% after 12 months of follow-up, the target level of LDL-c <1.8 mmol/L was achieved in 44.5% of patients, and the target blood pressure was achieved in 74,6%. The achievement of all 5 principles of secondary prevention of coronary heart disease according to the results of the work carried out by the visit after 12 months of follow-up was revealed only in 7% of patients (4 patients), and the implementation of 4 principles of prevention was noted in a quarter of patients from the group (24.5%, $n=14$).

Conclusions. With drug and non-drug secondary prevention of coronary heart disease in patients with stable CHD after a year of follow-up, a statistically significant increase in QL indicators was noted due to increased exercise tolerance and a decrease in the frequency of angina attacks. Nevertheless, the basic principles of prevention were fully implemented only in 7% of patients.

Keywords: stable coronary heart disease, quality of life, clinical recommendations, secondary prevention, optimal drug therapy

For citation: Zharkova E.D., Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Huseynova E.T., Zolotareva N.P., Martsevich S.Yu., Drapkina O.M. Secondary Prevention and Quality of Life of Patients with Stable Coronary Heart Disease. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2023;19(2):167-172. DOI:10.20996/1819-6446-2023-04-05. EDN BYFEVH

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): katiezharkova@yandex.ru

Received/Поступила: 28.03.2023

Review received/Рецензия получена: 27.04.2023

Accepted/Принята в печать: 28.04.2023

Введение

Качество жизни (КЖ) – интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [1].

Лечение пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), проводимое в недостаточном объеме, ухудшает течение заболевания, приводит к развитию осложнений. Основными целями лечения ИБС являются улучшение прогноза заболевания и повышение КЖ пациентов. Для определения оценки КЖ чаще всего используются опросники. В амбулаторной практике понятие КЖ применяется для определения эффективности проводимого лечения и реабилитации, при медицинском аудите, при оценке трудоспособности пациента, возможности участия пациента в клинических испытаниях.

Наиболее популярными опросниками по оценке КЖ являются: Seattle Angina Questionnaire (SAQ), Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire-0, Medical Outcomes Study 36 Item Short Form heart survey (MOS SF-36), более короткие версии SF-36 – опросники SF-12 и SF-8, Европейский опросник КЖ European Quality of Life Questionnaire [2,3]. Для каждой клинической формы ИБС рекомендовано использование различных опросников [4,5]. Для пациентов со стабильной стенокардией рекомендован SAQ [3].

SAQ предлагается пациентам к самостоятельному заполнению и определяет толерантность к физическим нагрузкам, функциональные ограничения, наличие симптомов стенокардии и частоту использования нитроглицерина, отношение к болезни у пациента, нередко используется в клинических исследованиях, обладает достаточной валидностью, надежностью и чувстви-

тельностью [6-9]. Русскоязычный перевод SAQ был валидирован в 2001 г. [8]. С помощью данного опросника можно выявить больных с тяжелой формой заболевания, назначить более интенсивную медикаментозную терапию нуждающимся или определить пациенту хирургическое вмешательство как метод наиболее эффективного лечения. Согласно данным исследования J. Spertus и соавт. полученные низкие показатели по SAQ являются значимым фактором госпитализации и смерти, связанной с острым коронарным синдромом, в течение 1 года наблюдения [6].

Улучшение КЖ пациента предполагает в первую очередь уменьшение количества приступов стенокардии и увеличение толерантности к физическим нагрузкам.

В исследовании Arterial Revascularisation Therapies Study part II (ARTS-II) было показано значительное улучшение показателей КЖ у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла после операций по реваскуляризации миокарда (аортокоронарное шунтирование ($n=492$) или чрескожное коронарное вмешательство ($n=1068$) [10]. Работы отечественных авторов также показывают связь между КЖ и проведенной реваскуляризацией миокарда, в том числе после острого инфаркта миокарда [11-13].

Научные работы, выполненные в этой области, показывают преимущественно низкий уровень физической активности у пациентов со стабильно протекающей ИБС, снижение показателей психического здоровья, а также неудовлетворенность проводимым лечением [14-16].

Цель исследования – оценить КЖ пациентов со стабильной ИБС исходно и через 12 мес медикаментозной и немедикаментозной вторичной профилактики согласно клиническим рекомендациям (КР).

Материал и методы

Исследование зарегистрировано на сайте www.clinicaltrials.gov (ALIGN Trial Identifier: NCT04162561). Протокол исследования ALIGN описан ранее [17].

В исследование были включены 73 больных с подтвержденной стабильной ИБС, из них клинику стенокардии напряжения I-IV функционального класса описывали 44 пациента. Через 1 год наблюдения отклик составил 80,8% (n=57). Отозвали свое согласие на участие в исследовании после первичного обращения (визит V0) 14 (19,2%) пациентов, 2 пациента умерли (онкология, сердечно-сосудистое заболевание).

В данной публикации представлены результаты, полученные во время первичного обращения (V0) и через 12 мес наблюдения (V2). Во время проведения исследования при первичном обращении и через 3 мес наблюдения пациентам проводилась коррекция терапии врачами специализированного кардиологического подразделения научно-исследовательского центра в соответствии с КР, действовавшими на момент проведения исследования [18], а также оценка частоты достижения целевых уровней артериального давления (АД < 140/90 мм рт.ст.) [19] и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП < 1,8 ммоль/л) [20] по результатам полученных клинико-лабораторных данных. За все время наблюдения больные могли самостоятельно дополнительно обращаться в специализированное кардиологическое подразделение научно-исследовательского центра или к врачу по месту жительства при необходимости. Фармакотерапия корректировалась в соответствии с актуальными КР [18-20]. КЖ пациентов оценивалось с помощью SAQ при первичном обращении (визит V0) и через 12 месяцев наблюдения (визит V2) (n=44).

По результатам SAQ были оценены 5 показателей: ограничение физической нагрузки (ФН), стабильность стенокардии (СС), частота приступов стенокардии (ЧПС), удовлетворенность лечением (УЛ), отношение к болезни (ОБ). КЖ измеряется в процентах, при этом 100% соответствует лучшему КЖ, а 0% — худшему. Согласно авторским критериям, значимыми считаются изменения показателей любой из шкал SAQ на ≥ 10 пунктов (%) [6].

Ограничение ФН и ЧПС считались минимально выраженными при значениях 75-100%; небольшими 50-74%, умеренно выраженными при значениях 25-49%, выраженными при значении 0-24%. СС оценивалась по наличию динамики приступов стенокардии у конкретного больного. ОБ определялось как отличное при результате 75-100% и как хорошее при 0-74%. Результаты по шкале УЛ распределялись следующим образом: полностью удовлетворен — 74-100%; в основном удовлетворен — 50-74%; несколько удовлетворен — 0-49%.

Также в начале исследования были определены основные цели долгосрочной профилактики стабильной ИБС, охватывающей 5 главных принципов. На всех этапах исследования с пациентами проводились беседы о необходимости соблюдения здорового образа жизни (ЗОЖ). Первый принцип профилактики — ЗОЖ включал коррекцию факторов риска: пациентам были рекомендованы оптимальные физические нагрузки (ходьба не менее 2 км в день умеренным темпом), отказ от курения и соблюдение низкоуглеводной диеты больным сахарным диабетом (нормой гликированного гемоглобина считался уровень < 6,0%) и гипохолестериновой диеты для всей группы пациентов. В качестве второго профилактического мероприятия оценивалось достижение нормальной массы тела у всей группы пациентов. Третьим принципом профилактики считалось проведение оптимальной медикаментозной терапии (назначение 4 групп лекарственных средств — антитромбоцитарные препараты, бета-адреноблокаторы, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента). Приверженность пациентов лечению оценивалась с помощью оригинального опросника Шкалы приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [7]. Четвертый и пятый принципы профилактики ИБС включали достижение целевых уровней ХС ЛНП (у всех пациентов) и АД (у пациентов с АГ). Оценивались все 5 показателей вторичной профилактики ИБС отдельно и суммарно, также была проведена оценка сочетания любых 4 показателей.

Статистический анализ

Статистический анализ результатов выполнялся с использованием стандартных методов описательной статистики при помощи статистического пакета SPSS Statistics 20 (IBM, США). Данные представлены в виде средних значений (M) и среднеквадратичных отклонений (SD), или в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25%; 75%) (количественные показатели), а также в виде процентных долей (качественные показатели). Сравнительный анализ выполнялся с помощью известных критериев значимости (χ^2 критерий, точный критерий Фишера и другие). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Всего в исследовании приняли участие 73 пациента, среди которых большинство составляли мужчины (57 пациентов, 78%). Средний возраст пациентов был 68,2 \pm 9,4 лет. В исследуемой группе около 70% пациентов имели операции реваскуляризации, инфаркт миокарда (47%). Клинику стабильной стенокардии напряжения I-IV функционального класса описывали

Table 1. Quality of life measures (Seattle Angina Questionnaire) at visits in patients presenting with angina pectoris
Таблица 1. Показатели качества жизни (Seattle Angina Questionnaire) во время визитов у пациентов с клиникой стенокардии напряжения

Параметр	Визит V0 (n=44)	Визит V2 (n=36)	p
Ограничение физической нагрузки, %	68,9 (53,3; 80,0)	71,1 (60,0; 82,2)	0,025
Стабильность стенокардии, %	90 (80; 100)	100 (80; 100)	0,045
Частота приступов стенокардии, %	75 (50; 100)	100 (75; 100)	0,003
Удовлетворенность лечением, %	88,7 (82,5; 95,0)	90 (85; 95)	0,500
Отношение к болезни, %	66,6 (50,0; 83,3)	75,0 (60,3; 91,6)	0,070
Данные представлены в виде Me (25; 75)			

Table 2. Dynamics of patient compliance with the principles of secondary prevention of coronary artery disease
Таблица 2. Динамика соблюдения пациентами принципов вторичной профилактики ИБС

Принцип профилактики ИБС	Визит V0 (n=73)	Визит V2 (n=57)	p
ЗОЖ и отказ от курения, n (%)	19 (13,7)	15 (8,5)	0,125
Нормализация массы тела, n (%)	30 (41,1)	20 (35,1)	0,990
Оптимальная медикаментозная терапия (прием 4 групп ЛС), n (%)	32 (44,0)	34 (59,0)	0,167
Достижение целевого уровня ХС ЛНП, n (%)	17 (23,0)	23 (44,2)	0,167
Достижение целевого уровня АД у пациентов с АГ, n (%)	43 (66,2) (n=65)	47 (74,6) (n=63)	0,001
Соблюдение 4 принципов профилактики ИБС, n (%)	11 (8,3)	14 (24,5)	0,549
Соблюдение 5 принципов профилактики ИБС, n (%)	3 (2,2)	4 (7,0)	0,990
ИБС – ишемическая болезнь сердца, АГ – артериальная гипертензия, ЛС – лекарственное средство, ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности			

60% больных, у 22% отмечен сахарный диабет, у 90% – артериальная гипертензия (АГ). За время наблюдения пациентов (12 мес) 4 пациентам была выполнено чрескожное коронарное вмешательство, из которых в 2 случаях – в экстренном порядке.

При оценке медианы показателей КЖ в исследовании отмечается статистически значимое улучшение показателей ФН и СС, уменьшение ЧПС в динамике через год наблюдения (Табл. 1).

ЗОЖ (регулярные физические нагрузки и отказ от курения) через 12 мес наблюдения придерживались 20,4% пациентов. Оптимальная медикаментозная терапия была назначена 80,7% пациентов, при этом привержены к приему всех 4 групп лекарственных средств к V2 были только 59% пациентов. Достижение целевого уровня ХС ЛНП < 1,8 ммоль/л отмечено у 44,2% пациентов, а целевого уровня АД – у 74,6% (табл. 2).

К визиту V2 достижение всех 5 принципов профилактики ИБС выявлено только у 7% пациентов, выполнение 4 принципов профилактики – у 24,5% (см. табл. 2).

Проводимая антиангинальная терапия преимущественно была представлена бета-адреноблокаторами, реже пациенты принимали антагонисты кальция и нитраты. На визите V2 по сравнению с V0 отмечено статистически значимое увеличение частоты приема бета-адреноблокаторов с 65,7% до 82,4% (p=0,092),

антагонистов кальция с 23,3% до 28% (p=0,79), нитратов с 12% до 14% (p=0,99).

Обсуждение

Часто в клинических исследованиях для оценки эффективности проводимого лечения используют опросники для получения количественной информации о КЖ пациента со стороны его восприятия: эмоциональные критерии, физические и психологические [21]. В реальной клинической практике целесообразней применение опроса.

Физическая активность может быть улучшена за счет проводимого своевременного терапевтического и/или хирургического лечения и повышения приверженности пациентов к нему. В нашем исследовании показатели удовлетворенности лечением (УЛ) были исходно высокие и не изменились в процессе наблюдения. Улучшилась медиана показателей КЖ, связанная со стенокардией (ее частотой) и физическими ограничениями (ФН, ЧПС) по сравнению с исходными значениями, что согласуется с данными исследования COURAGE [22].

По результатам проведенных в мире исследований тревожность пациента выделяется как фактор риска повышенной смертности [23-25]. Показатель отношение к болезни в нашей работе исходно был оценен как хороший, в динамике, в процессе наблюдения

отмечалась тенденция к статистически значимому улучшению до уровня «отлично». В ряде исследований улучшению течения ИБС, снижению риска развития сердечно-сосудистого заболевания и повторного острого инфаркта миокарда способствовало назначение специфической терапии тревожных состояний [24-26]. Согласно данным других авторов, проблема может быть решена с помощью комплексного кардиологического подхода или когнитивно-поведенческой терапии [27, 28]. В нашем исследовании нельзя исключить, что на улучшение эмоционального состояния пациентов оказали влияние улучшение переносимости физических нагрузок на фоне коррекции терапии и уменьшение частоты приступов стенокардии.

В исследовании L.M.V. da Silveira и соавт. при долгосрочном наблюдении качество жизни у пациентов со стабильно протекающей ИБС при использовании хирургического метода лечения (аортокоронарное шунтирование или чрескожное коронарное вмешательство) и оптимальной медикаментозной терапии существенно не отличалось после относительно длительного периода наблюдения (длительность наблюдения $5,2 \pm 1,5$, $n=454$) и имело одинаковую эффективность в предотвращении серьезных сердечно-сосудистых исходов [29].

Можно предполагать, что значимое увеличение частоты достижения целевого АД, а также увеличение частоты приема лекарственных препаратов, проводимая антиангинальная терапия и сохранение полученного результата в течение годичного наблюдения явились причиной улучшения толерантности к физическим нагрузкам, снижения частоты приступов стенокардии напряжения и улучшения показателя стабильности стенокардии.

В нашем исследовании результаты вторичной профилактики стабильной ИБС оценены в целом как недостаточные. Тем не менее, данные согласуются с результатами работы, проведенной в 2010-2011 гг. в Швеции с оценкой принципов вторичной профилактики ИБС через 2 года после перенесенного острого инфаркта миокарда, где также показана неэффективная вторичная профилактика в повседневной клинической практике [30]. В исследовании из Северной Калифорнии, проведенном M.D. Solomon и соавт. (2008-2014 гг.), также оценивались медикаментозная терапия (на-

значение бета-адреноблокаторов, блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, гиполипидемических и антитромбоцитарных средств), контроль факторов риска (АД < 140/90 мм рт.ст. и ХС ЛНП < 1,8 ммоль/л) [31]. Были обследованы 25778 пациентов через 30 и 90 дней после перенесенного острого инфаркта миокарда общая приверженность к лечению и учет 6 принципов профилактики ССЗ через 30 дней составил 35%, соблюдение 5 принципов профилактики — 34%; через 90 дней 31% и 23% при соблюдении 6 или 7 принципов профилактики соответственно [31], что превосходит полученные нами результаты.

Ограничения исследования. Ограничением проведенного исследования можно считать малочисленность представленной группы больных с преобладанием мужчин, а также высокий процент выбывания больных из исследования (20%). Недостаточное количество визитов к врачу не позволили использовать все возможности медикаментозного и немедикаментозного лечения для более значительного повышения показателей КЖ и достижения целевых уровней АД, ХС ЛПНП.

Заключение

В современных социально-экономических условиях медикаментозная и немедикаментозная профилактика ИБС является одним из ведущих методов предотвращения развития осложнений основного заболевания. Несмотря на недостаточный объем проводимых немедикаментозных методов профилактики ИБС, в результатах исследования отмечено улучшение КЖ пациентов за счет увеличения переносимости физических нагрузок и уменьшения частоты приступов стенокардии через 12 месяцев наблюдения. В связи с этим очевидна необходимость повышения мотивации больных ИБС и врачей амбулаторно-поликлинического звена к лечебно-профилактическим мероприятиям для повышения КЖ таких пациентов.

Отношения и Деятельность. Нет. Исследование проведено при поддержке Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины.

Relationships and Activities. The study was performed with the support of the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine.

References / Литература

1. Lobanov YuF, Skudarnov EV, Strozenko LA, et al. Quality of life as a problem in healthcare: current trends. International Journal of Applied and Fundamental Research. 2018;5(1):235-9 (In Russ.) [Лобанов Ю.Ф., Скударнов Е.В., Строзенко Л.А., и др. Качество жизни как проблема в здравоохранении: современные тенденции. Международный журнал Прикладных и Фундаментальных Исследований. 2018; 5(1):235-9].
2. The EuroQol group. EuroQol – a new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy. 1990;16(3):199-208. DOI:10.1016/0168-8510(90)90421-9.
3. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute; 1993.
4. Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Circulation. 2012;126(25):e354-e471. DOI:10.1161/CIR.0b013e318277d6a0.

5. Boytsov SA, Barbarash OL, Vaisman DSh, et al. Clinical, morphological and statistical classification of coronary heart disease cited by 2020 [cited 2023 Mar 10]. Available from: https://scardio.ru/content/Guidelines/Klass_IBS_2020.pdf (In Russ.) [Бойцов С.А., Барбараш О.Л., Вайсман Д.Ш., и др. Клиническая, морфологическая и статистическая классификация ишемической болезни сердца [цитировано 10.03.2023]. Доступно из: https://scardio.ru/content/Guidelines/Klass_IBS_2020.pdf].
6. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA et al. Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 1994;74(12):1240-4. DOI:10.1016/0002-9149(94)90555-x.
7. Lukina YV, Kutishenko NP, Martsevich SY, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2021;17(4):576-83 (In Russ.) [Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности к лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* 2021;17(4):576-83]. DOI:10.20996/1819-6446-2021-08-02.
8. Syrkin AL, Pechorin EA, Drinitina SV. Validation of methods assessing the quality of life in patients with stable angina pectoris. *Klin Med (Mosk).* 2001;79(11):22-5 (In Russ.) [Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дринитина С.И. Валидизация методов оценки качества жизни у больных стабильной стенокардией. *Клиническая Медицина.* 2001;79(11):22-5].
9. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *JACC.* 1995;25(2):333-41. DOI:10.1016/0735-1097(94)00397-9.
10. van Domburg RT, Daemen J, Morice MC, et al. Short- and long-term health related quality-of-life and anginal status of the Arterial Revascularisation Therapies Study part II, ARTS-II; sirolimus-eluting stents for the treatment of patients with multivessel coronary artery disease. *EuroIntervention.* 2010;5(8):962-7.
11. Badoian AG, Khelinskii DA, Krestyaninov OV, et al. Impact of chronic total occlusion recanalisation on the quality of life in patients with stable coronary artery disease. *Circulation Pathology and Cardiac Surgery.* 2020;24(35):43-55 (In Russ.) [Бадоян А.Г., Крестянинов О.В., Хелинский Д.А. и др. Влияние реканализации хронической окклюзии коронарной артерии на качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца. *Патология Кровообращения и Кардиохирургия.* 2020;24(35):43-55]. DOI:10.21688/1681-3472-2020-35-43-55.
12. Bockeria LA, Nikonov SF, Bendeliani NG, et al. Efficiency and influence of multivariate approach to treatment of patients with IHD after coronary artery bypass grafting alone and in combination with geometric reconstruction of left ventricle on life-quality and requirement in hospital admission. *Annals of Arrhythmology.* 2011;(4):43-54 (In Russ.) [Бокерия Л.А., Никонов С.Ф., Бенделиани Н.Г., и др. 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;(4):43-54].
13. Kashkina NV, Botalov NS, Nekrasova JE. The study of quality of life in patients with coronary artery disease using the SF-36 questionnaire *International Student Scientific Bulletin Journal* 2018;(5):10-11 (In Russ.) [Кашкина Н.В., Боталов Н.С., Некрасова Ю.Э. Изучение показателей качества жизни у больных ИБС с использованием опросника SF-36. *Международный Студенческий Научный Вестник.* 2018;(5):10-11].
14. Mal GS, Dudka MV, Bushueva OYu, et al. The study of quality of life in patients with coronary artery disease using the SF-36 questionnaire. *Good Clinical Practice.* 2016;(2):52-6. (In Russ.) [Маль Г.С., Дудка М.В., Бушуева О.Ю., и др. Изучение показателей качества жизни у больных ИБС с использованием опросника SF-36. *Качественная Клиническая Практика.* 2016;(2):52-6].
15. Dorofeeva NP, Ivanchenko DN, Mashtalova OG, et al. The quality of life in patients with coronary heart disease. *Clinical practice.* 2017;1(29):25-9 (In Russ.) [Дорофеева Н. П., Иванченко Д. Н. Машталова О. Г. и др. Качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Клиническая Практика.* 2017;1(29):25-9].
16. Aronov DM, Zaytsev VP. Assessment of Quality of Life of Patients With Cardiovascular Diseases. *Kardiologija.* 2002;(5):92-5 (In Russ.) [Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями *Кардиология.* 2002;(5):92-5].
17. Martsevich SYu, Zharkova ED, Kutishenko NP, et al. An Attempt to Accord the Quality of Therapy of Stable Coronary Heart Disease Patients with Current Clinical Guidelines (ALIGN study): Design and the First Results. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2020;16(1):75-81 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Жаркова Е.Д., Кутишенко Н.П., и др. Попытка привести качество терапии больных со стабильно протекающей ишемической болезнью сердца в соответствие с современными клиническими рекомендациями (исследование ALIGN): дизайн и первые результаты. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* 2020;16(1):75-81]. DOI:10.20996/1819-6446-2020-02-08]
18. Members Task Force Members; Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2013;34(38):2949-3003. DOI:10.1093/eurheartj/ehz296.
19. Chazova IE, Zhernakova YuV, on behalf of the experts. Clinical guidelines. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. *Systemic Hypertension.* 2019;16(1):6-31 (In Russ.) [Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. *Системные Гипертензии.* 2019;16(1):6-31]. DOI:10.26442/2075082X.2019.1.190179.
20. Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2016;37(39):2999-3058. DOI:10.1093/eurheartj/ehw272.
21. Afanasyeva EV. Assessment of health-related quality of life. *Good Clinical Practice.* 2010;(1):36-8 (In Russ.) [Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем. *Качественная Клиническая Практика.* 2010;(1):36-8].
22. Zhang Z, Jones P, Weintraub WS et al. Predicting the Benefits of Percutaneous Coronary Intervention on 1-Year Angina and Quality of Life in Stable Ischemic Heart Disease: Risk Models From the COURAGE Trial (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2018;11(5):e003971. DOI:10.1161/CIRCOUTCOMES.117.003971.
23. Whang W, Burg MM, Carney RM et al. Design and baseline data from the vanguard of the Comparison of Depression Interventions after Acute Coronary Syndrome (CODIACS) randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials.* 2012;33(5):1003-10. DOI:10.1016/j.cct.2012.05.005.
24. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P et al. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56(1):38-46. DOI:10.1016/j.jacc.2010.03.034.
25. Roest AM, Martens EJ, Denollet J, de Jonge P. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a metaanalysis. *Psychosom Med.* 2010;72(6):563-9. DOI:10.1097/PSY.0b013e3181dbff97.
26. Nekrasov AA, Timoshchenko ES, Nekrasova TA, et al. The effect of rivaroxaban low doses on the stable angina of the II-III functional class clinical manifestations and the quality of life in patients with ischemic heart disease. *Kardiologija.* 2021;61(9):47-51 (In Russ.) [Некрасов А.А., Тимошенко Е.С., Некрасова Т.А., и др. Влияние низких доз ривароксана на стабильную стенокардию II-III функционального класса, клинические проявления и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Кардиология.* 2021;61(9):47-51]. DOI:10.18087/cardio.2021.9.n1696.
27. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med.* 2011;171(2):134-40. DOI:10.1001/archinternmed.2010.510.
28. Pogoseva NV, Yusubova AI, Yufereva YuM, et al. The Effects of Preventive Counseling Followed by Remote Support Via Telephone on the Motivation to Change Lifestyle in Patients With High and Very High Cardiovascular Risk. *Kardiologija.* 2020;60(5):41-6. (In Russ.) [Погосова Н.В., Юсубова А.И., Юферева Ю.М., и др. Влияние профилактического консультирования с дистанционной поддержкой на мотивацию к изменению образа жизни у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. *Кардиология.* 2020;60(5):41-6]. DOI:10.18087/cardio.2020.5.n1009.
29. da Silva LMV, Almeida AS, Fuchs FC, et al. Quality of life in patients with stable coronary artery disease submitted to percutaneous, surgical, and medical therapies: a cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):261. DOI:10.1186/s12955-021-01886-7.
30. Ergatoudes C, Thunström E, Rosengren A, et al. Long-term secondary prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) - guidelines adherence and outcome. *BMC Cardiovasc Disord.* 2016;16(1):226. DOI:10.1186/s12872-016-0400-6.
31. Solomon MD, Leong TK, Levin E, et al. Cumulative Adherence to Secondary Prevention Guidelines and Mortality After Acute Myocardial Infarction. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(6):e014415. DOI:10.1161/JAHA.119.014415.

Сведения об Авторах/About the Authors

Жаркова Екатерина Дмитриевна [Ekaterina D. Zharkova]
eLibrary SPIN 6430-4744, ORCID 0000-0002-2401-7451
Лукина Юлия Владимировна [Yulia V. Lukina]
eLibrary SPIN 8949-4964, ORCID 0000-0001-8252-3099
Кутишенко Наталья Петровна [Natalia P. Kutishenko]
eLibrary SPIN 7908-9554, ORCID 0000-0001-6395-2584
Гусейнова Эльмира Тамерлановна [Elmira T. Guseynova]
eLibrary SPIN 9267-0234, ORCID 0000-0003-3908-5497

Золотарева Надежда Петровна [Nadezda P. Zolotareva]
ORCID 0000-0003-3059-2345
Марцевич Сергей Юрьевич [Sergey Yu. Martsevich]
eLibrary SPIN 7908-9554, ORCID 0000-0002-7717-4362
Драпкина Оксана Михайловна [Oksana M. Drapkina]
eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430