

УДК 616.127-005.4/.8-072.731

DOI: <http://doi.org/10.31928/2664-4479-2025.4.2941>

Оцінювання якості життя та віддалених результатів після реваскуляризації основного стовбура лівої коронарної артерії в пацієнтів похилого віку

А.О. Максаков^{1, 2}, С.М. Фуркало^{1, 3}¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ² ДНП «Інститут серця МОЗ України», Київ³ Національний науковий центр хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України, Київ

Мета роботи – оцінити якість життя та віддалені результати після реваскуляризації основного стовбура лівої коронарної артерії (ОС ЛКА) у пацієнтів похилого віку.

Матеріали і методи. Ретроспективне дослідження охопило 200 пацієнтів з ІХС віком від 60 до 74 років, яким проводили реваскуляризацію ОС ЛКА з вересня 2021 до липня 2024 року. Пацієнти були розподілені на дві групи: група А (n=150) – застосування черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) та група Б – аортокоронарного шунтування (АКШ) (n=50). Якість життя оцінювали за допомогою Сіетлської анкети стану здоров'я (SAQ).

Результати. У пацієнтів обох груп відзначалося зниження функціонального класу стенокардії протягом 12 місяців (p=0,001 для обох груп). Частота інфаркту міокарда, повторних реваскуляризацій, гострих порушень мозкового кровообігу та однорічної летальності не відрізнялася між групами. Однак у групі А на 12,7 % рідше реєстрували несприятливі серцево-судинні та цереброваскулярні події порівняно з групою Б (p=0,034). За результатами SAQ, в обох групах покращилися всі показники. Через 1 місяць після втручання в групі А були значно вищими показники фізичної активності (p=0,002), задоволеності лікуванням (p=0,026) та ставлення до хвороби (p=0,043) порівняно з групою Б. Через 6 та 12 місяців різниці за цими показниками не спостерігали.

Висновки. Дослідження показало, що ЧКВ асоціюється з меншою частотою несприятливих серцево-судинних та цереброваскулярних подій порівняно з АКШ, при схожих показниках функціонального класу стенокардії та ускладнень. Обидва методи підвищують якість життя, але ЧКВ демонструє кращі результати через 1 місяць після перкутанної реваскуляризації.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, похилий вік, аортокоронарне шунтування, черезшкірне коронарне втручання, МАССЕ, якість життя.

Ураження основного стовбура лівої коронарної артерії (ОС ЛКА) є однією з найскладніших форм ішемічної хвороби серця (ІХС) через великий об'єм міокарда, який залежить від кровопостачання цієї артерії [1]. Пацієнти похило-

го віку становлять особливу групу, адже вони часто мають супутні захворювання та високий ризик ускладнень під час і після реваскуляризації [2].

Методи лікування, такі як аортокоронарне шунтування (АКШ) та черезшкірне коронарне

Максаков Андрій Олександрович, аспірант кафедри кардіохірургії, рентгеноваскулярних та екстракорпоральних технологій НУОЗ України імені П.Л. Шупика; лікар-хірург серцево-судинний відділення ендovasкулярної хірургії та ангиографії ДНП «Інститут серця МОЗ України»

ORCID ID: 0009-0004-9773-3127

E-mail: amcsakov@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 1 липня 2025 року

© А.О. Максаков, С.М. Фуркало, 2025

Maksakov Andriy Oleksiyovych, PhD, Student of Department of Cardiac Surgery, X-Ray Endovascular, and Extracorporeal Technologies Shupyk National Healthcare University of Ukraine; Cardiovascular Surgeon of Department of Endovascular Surgery and Angiography, Heart Institute of Ministry of Health of Ukraine

ORCID ID: 0009-0004-9773-3127

E-mail: amcsakov@gmail.com

Received on 01.07.2025

втручання (ЧКВ), широко застосовуються для реваскуляризації ОС ЛКА, але вибір оптимальної тактики лікування в пацієнтів старшого віку залишається предметом активного обговорення [3]. Оцінка якості життя та віддалених результатів є ключовими аспектами для розуміння ефективності цих методів, оскільки вони дають змогу враховувати не лише клінічні показники, а й пацієнтоорієнтовані результати [4].

Результати досліджень свідчать, що пацієнти похилого віку демонструють хороші ранні та довгострокові результати після реваскуляризації міокарда як за допомогою ЧКВ, так і АКШ [5, 6, 7]. Однак вплив цих втручань на якість життя, функціональний стан і загальне самопочуття залишається недостатньо вивченим. Пацієнти з обмеженою очікуваною тривалістю життя можуть мати більше користі від ЧКВ, тоді як особи з тривалішою перспективою життя мають бути поінформовані про баланс між початковим ризиком і потенційною перевагою показників виживання.

Мета роботи – оцінити якість життя та віддалені результати після реваскуляризації основного стовбура лівої коронарної артерії (ОС ЛКА) у пацієнтів похилого віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Протокол дослідження було схвалено Комісією з етики Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика. Від кожного пацієнта отримано інформовану згоду на дослідження.

Дослідження охоплювало 200 пацієнтів з ІХС віком від 60 до 74 років, яким проводили реваскуляризацію ОС ЛКА з вересня 2021 року до липня 2024 року. Залежно від методу реваскуляризації всі пацієнти були розподілені на дві групи: група А – застосування перкутанної реваскуляризації (ЧКВ) (n=150) та група Б – хірургічної реваскуляризації (АКШ) (n=50).

Критеріями залучення були: вік 60–75 років; пацієнти з діагнозом ІХС; пацієнти з даними коронарографії, що вказує на ураження ОС ЛКА зі стенозом діаметра $\geq 50\%$. Критерії незалучення: відсутність ураження ОС ЛКА на ангіографії; наявність інших супутніх захворювань, які потребують кардіохірургічного втручання; відмова від участі в дослідженні. Основними методами реваскуляризації міокарда були ЧКВ, яке проводилося під час перебування пацієнта в катетеризаційній лабораторії, та АКШ, що виконувалося в операційній.

Проведення коронароангіографії

Коронароангіографію (КАГ) проводили шляхом введення багатофункціонального катетера

через променевою артерію або, за неможливості, через стегнову артерію. Оцінку ступеня ураження проводив досвідчений інтервенційний кардіолог за допомогою візуального вимірювання. Система коронарного кровообігу поділена на три основні артерії: передня міжшлуночкова гілка лівої коронарної артерії (ПМГ ЛКА), обвідна гілка лівої коронарної артерії (ОГ ЛКА) і права коронарна артерія (ПКА). Ураження в гілках, таких як діагональні або крайові гілки, були віднесені до коронарної артерії, до басейну якої вони належать. Стенозом вважали зменшення діаметра просвіту $\geq 50\%$. Ураження ОС ЛКА було визначено аналогічно.

Оцінку SYNTAX отримано шляхом підсумовування індивідуальних балів для кожного окремого ураження, визначеного як $\geq 50\%$ обструкція просвіту в коронарних артеріях $\geq 1,5$ мм. Оцінки за шкалою SYNTAX були розраховані для всіх пацієнтів за допомогою спеціального програмного забезпечення (доступне на <http://www.syntaxscore.com/calc/start.htm>). Після цього бал SYNTAX був розділений на тертили: низький (≤ 16), проміжний (16–22) і високий (> 22).

Також для уточнення ступеня вираження стенотичного ураження застосовували внутрішньосудинне ультразвукове дослідження. Основним критерієм важливості успіху стентування була площа просвіту після стентування. Для ОС ЛКА площу просвіту після стентування вважали достатньою, якщо її величина становила > 6 мм² [8].

Аортокоронарне шунтування

Усім пацієнтам АКШ проводили через серединний доступ з використанням штучного кровообігу. Паралельно із забором лівої внутрішньої грудної артерії виділяли велику підшкірну вену. Для забезпечення інтраопераційного захисту міокарда застосовували переміжну фібриляцію в умовах помірної гіпотермії. Фібриляцію індукували електричним фібрилятором (Fi 20 M, Stockert GmbH) з генератором низької напруги, який працював на частоті 50 Гц, напрузі 12 В і струмі 25 мА. Тривалість кожного сеансу перетискання аорти не перевищувала 15 хв, а між сеансами дотримувалися мінімального інтервалу 5 хв. Після накладання дистальних анастомозів між коронарними судинами і графтами та досягнення температури тіла пацієнта 34 °С проводили електричну дефібриляцію серця. Наступним етапом було накладання проксимальних анастомозів до аорти.

Оцінка якості життя

Оцінку якості життя визначали за Сіетльською анкетною стану здоров'я (Seattle Angina Questionnaire (SAQ)) [9]. Опитувальник містить 19 запитань, які оцінюють стан респондента і згруповані в 5 шкал,

Таблиця 1

Вихідні характеристики пацієнтів похилого віку з ішемічною хворобою серця

Показник	Група А (n=150)	Група Б	p	
Вік, роки	67 (63; 71)	65 (62; 69)	0,116	
Чоловіча стать, n (%)	130 (86,7 %)	39 (78,0 %)	0,143	
ІМТ, кг/м ²	27,10±2,93	28,60±4,65	0,056	
ФВ ЛШ	%, M±SD	51,60±9,84	51,4±10,9	0,856
	>40 %, n (%)	21 (14,0 %)	8 (16,0 %)	0,728
ФК СН за NYHA, n (%)				
I	9 (6,00 %)	3 (6,00 %)	0,992	
II	53 (35,3 %)	18 (36,0 %)		
III	72 (48,0 %)	23 (46,0 %)		
IV	16 (10,7 %)	6 (12,0 %)		
ФК стенокардії за CCS, n (%)				
II	37 (24,7 %)	5 (10,0 %)	0,054	
III	92 (61,3 %)	33 (66,0 %)		
IV	21 (14,0 %)	12 (24,0 %)		
Куріння > 10 років, n (%)	47 (31,3 %)	14 (28,0 %)	0,658	
АГ, n (%)	106 (70,7 %)	41 (82,0 %)	0,116	
ЦД, n (%)	28 (18,7 %)	12 (24,0 %)	0,138	
ХОЗЛ, n (%)	10 (6,67 %)	2 (4,00 %)	0,492	
ХНН, n (%)	15 (10,0 %)	6 (12,0 %)	0,690	
ФП, n (%)	13 (8,67 %)	5 (10,0 %)	0,775	
ПАС, %	9 (6,00 %)	3 (6,00 %)	1,00	
ІМ в анамнезі, n (%)	29 (19,3 %)	8 (16,0 %)	0,599	
ГПМК, n (%)	8 (5,33 %)	3 (6,00 %)	0,858	
ЧКВ в анамнезі, n (%)	25 (16,7 %)	5 (10,0 %)	0,253	
АКШ в анамнезі, n (%)	2 (1,13 %)	0 (0,00 %)	0,412	
Потреба в нітрогліцерині, n (%)	23 (15,3 %)	12 (24,0 %)	0,162	

ІМТ – індекс маси тіла; ФВ ЛШ – фракція викиду лівого шлуночка; СН – серцева недостатність; ФК – функціональний клас; АГ – артеріальна гіпертензія; ЦД – цукровий діабет; ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень; ХНН – хронічна ниркова недостатність; ФП – фібриляція передсердь; ПАС – периферійний атеросклероз; ІМ – інфаркт міокарда; ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу; ЧКВ – черезшкірні коронарні втручання; АКШ – аортокоронарне шунтування.

які охоплюють ключові аспекти ішемічної хвороби серця (ІХС): шкала обмеження фізичних навантажень PL (Physical limitation), шкала стабільності нападів AS (Angina stability), шкала частоти нападів AF (Angina frequency), шкала задоволеності лікуванням TS (Treatment satisfaction), шкала ставлення до хвороби DP (Disease perception). Оцінку стану здоров'я за шкалою фізичних обмежень (PL) проводили згідно з такими критеріями: 0–24 бали – поганий стан здоров'я, 25–49 балів – задовільний стан здоров'я, 50–74 бали – добрий стан здоров'я, 75–100 балів – відмінний стан здоров'я. Для показника частоти нападів стенокардії використовують-

ся такі градації: 0–30 балів – щоденні напади стенокардії, 31–60 балів – щотижневі напади стенокардії, 61–90 балів – щомісячні напади стенокардії, 100 балів – повна відсутність стенокардії протягом останніх 4 тижнів.

Збір даних

У дослідженні проводили збір та аналіз демографічних даних, таких як вік, стать, індекс маси тіла (ІМТ), статус куріння, анамнез ІХС та супутні захворювання. Також були досліджені результати інструментальних методів, зокрема ехокардіографії (ЕхоКГ) із вимірюванням фракції викиду ліво-

Таблиця 2

Результати коронароангіографії в пацієнтів похилого віку з ішемічною хворобою серця

Показник	Група А (n=150)	Група Б (n=50)	p
ПМШГ ЛКА, n (%)	115 (76,7 %)	39 (78,0 %)	0,846
ОГ ЛКА, n (%)	78 (52,0 %)	31 (62,0 %)	0,219
ДГ ЛКА, n (%)	4 (2,67 %)	3 (6,00 %)	0,267
ПКА, n (%)	57 (38,0 %)	36 (72,0 %)	0,001
Ізольоване ураження ОС ЛКА, n (%)	20 (13,3 %)	3 (6,00 %)	
Ураження ОС ЛКА + 1 КА, n (%)	33 (22,0 %)	5 (10,0 %)	0,006
Ураження ОС ЛКА + 2 КА, n (%)	70 (46,7 %)	22 (44,0 %)	
Ураження ОС ЛКА + 3 КА, n (%)	27 (18,0 %)	20 (40,0 %)	
Зони гіпокінезії, n (%)	18 (12,0 %)	7 (14,0 %)	0,711
SYNTAX Score	23 (13; 31)	26 (16; 37)	0,034

ПМШГ ЛКА – передня міжшлуночкова гілка лівої коронарної артерії; ОГ ЛКА – обвідна гілка лівої коронарної артерії; ДГ ЛКА – діагональна гілка лівої коронарної артерії; ПКА – права коронарна артерія; КА – коронарна артерія.

го шлуночка (ФВ ЛШ) та КАГ для оцінки ураження коронарних артерій. Також оцінювали динаміку функціонального класу стенокардії, частоту віддалених ускладнень та показники якості життя. Функціональний клас (ФК) стенокардії визначали відповідно до класифікації Canadian Cardiovascular Society (CCS) з використанням тредміл-тесту. ФК стенокардії визначали за найнижчим рівнем фізичного навантаження, яке провокувало появу симптомів: I ФК – стенокардія виникала лише при значному фізичному навантаженні (інтенсивна ходьба); II ФК – напади при ходьбі понад 200 м; III ФК – напади при ходьбі 100–200 м; IV ФК – поява симптомів у спокої або при мінімальних навантаженнях.

Статистичний аналіз

Результати повідомляли як середнє (M) \pm стандартне відхилення (SD). У разі ненормального розподілу результатів дані подавали як медіана (Me) і 1-й (Q25) і 3-й (Q75) квартилі – Me (Q25; Q75). При нормальному розподілі даних для визначення статистичної значущості використовували t-критерій Стюдента, а за відсутності нормального розподілу – непараметричний U-критерій Манна – Вітні. Для аналізу категоріальних змінних, таких як частота післяопераційних ускладнень, застосовували критерій χ^2 Пірсона або точний критерій Фішера, залежно від ситуації. Однофакторний аналіз проводили із застосуванням непарного t-критерію для порівняння вимірюваних даних та точного критерію Фішера для порівняння підрахункових даних з метою виявлення статистично значущих факторів

ризиків великих несприятливих серцевих і судинно-мозкових подій (major adverse cardiac and cerebrovascular event, MACCE). Логістична регресія факторів ризику MACCE містила всі показники з $p < 0,150$ в однофакторному аналізі. Всі статистичні аналізи виконували за допомогою програмного забезпечення SPSS 22.0 (IBM Corporation, Нью-Йорк, США).

РЕЗУЛЬТАТИ

Аналіз демографічних показників не виявив статистично значущих відмінностей між групами, підтверджуючи їхню однорідність за віком і статтю (табл. 1).

Групи пацієнтів статистично значущо не відрізнялися за основними супутніми захворюваннями (див. табл. 1).

Також групи дослідження статистично не відрізнялися за частотою ураження ПМШГ ЛКА ($p=0,846$), ОГ ЛКА ($p=0,219$) та ДГ ЛКА ($p=0,267$) (табл. 2).

У пацієнтів групи А частота ураження правої коронарної артерії була на 34,0 % меншою ($p=0,001$) порівняно з групою Б. Крім того, в пацієнтів групи А значно рідше спостерігалось множинне коронарне ураження, ніж у групі Б ($p=0,006$), що свідчить про складніший характер ураження коронарних артерій у групі Б. Ці результати підтверджуються оцінкою за шкалою SYNTAX Score, яка була статистично значущо нижчою в пацієнтів групи А порівняно з групою Б (23 (13; 31) проти 26 (16; 37) балів) (див. табл. 2).

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів похилого віку з ішемічною хворобою серця залежно від локалізації ураження основного стовбура лівої коронарної артерії

Ураження ОС ЛКА	Група А (n=150)	Група Б (n=50)	р
Устя, n (%)	25 (16,7 %)	8 (16,0 %)	0,984
Середня третина, n (%)	31 (20,7 %)	10 (20,0 %)	
Термінальний відділ, n (%)	94 (62,6 %)	32 (64,0 %)	

ОС ЛКА – основний стовбур лівої коронарної артерії.

Таблиця 4

Динаміка функціонального класу стенокардії в пацієнтів похилого віку з ішемічною хворобою серця

Функціональний клас стенокардії		Група А	Група Б	χ^2	р
До (n ₁ -n ₂ =150–50)	I	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	2,35	0,308
	II	20 (13,3 %)	8 (16,0 %)		
	III	101 (67,3 %)	37 (74,0 %)		
	IV	29 (19,4 %)	5 (10,0 %)		
Через 6 міс (n ₁ -n ₂ =147–48)	I	62 (42,2 %)	25 (52,1 %)	3,71	0,155
	II	60 (40,8 %)	20 (41,7 %)		
	III	25 (17,0 %)	3 (6,20 %)		
	IV	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)		
Через 12 міс (n ₁ -n ₂ =145–47)	I	51 (35,2 %)	23 (48,9 %)	5,45	0,065
	II	71 (48,9 %)	22 (46,8 %)		
	III	23 (15,7 %)	2 (4,30 %)		
	IV	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)		

Таблиця 5

Ускладнення однорічного періоду в пацієнтів похилого віку з ішемічною хворобою серця

Ускладнення, n (%)	Група А (n=150)	Група Б (n=50)	χ^2	р
Інфаркт міокарда	8 (5,33 %)	5 (10,0 %)	1,34	0,246
Повторна реваскуляризація	6 (4,00 %)	3 (6,00 %)	0,69	0,405
ГПМК	3 (2,00 %)	3 (6,00 %)	2,06	0,151
Летальність	6 (4,00 %)	3 (6,00 %)	0,349	0,555
МАССЕ	23 (15,3 %)	14 (28,0 %)	4,52	0,034

ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу; МАССЕ – основні негативні серцево-судинні та кардіоваскулярні події.

За локалізацією ураження ОС ЛКА групи пацієнтів статистично значущо не відрізнялися (р=0,984; *табл. 3*).

У пацієнтів обох груп спостерігалось статистично значуще зниження ФК стенокардії впродовж 12 місяців спостереження порівняно з вихідними значеннями (р=0,001 та р=0,001 відповідно; *табл. 4*).

Аналіз динаміки ФК стенокардії не виявив статистично значущих відмінностей між групами дослідження на всіх етапах спостереження (*див. табл. 4*).

Пацієнти обох груп статистично значущо не відрізнялися за частотою інфаркту міокарда (р=0,246), потребою в повторній реваскуляризації

Таблиця 6

Динаміка шкали обмеження фізичної активності згідно із SAQ у пацієнтів похилого віку з ішемічною хворобою серця

ФА	Група А	Група Б	U test	p
Шкала обмеження фізичних навантажень				
До лікування (51–45)	37 (30,5; 49,5)	46 (35,0; 57,0)	932,5	0,115
Через 1 міс (48–42)	59 (52,25; 67,25)	50 (41,25; 61,75)	1394,5	0,002
Через 6 міс (45–38)	61 (51; 70)	63 (53; 71,25)	852,5	0,985
Через 12 міс (41–37)	61 (52; 70)	65 (54; 73)	726	0,749
p	0,0001	0,0001		
Шкала стабільності нападів				
До лікування (51–45)	41 (33; 46)	42 (36; 47)	972,0	0,198
Через 1 міс (48–42)	63 (57,75; 69)	63 (54,5; 70,75)	1050,5	0,734
Через 6 міс (45–38)	71 (64; 78)	71,5 (68; 78,75)	755,5	0,365
Через 12 міс (41–37)	71 (64; 78)	72 (67; 80)	681,5	0,444
p	0,0001	0,0001		
Шкала частоти нападів стенокардії				
До лікування (51–45)	64 (58; 73)	59 (51; 67)	1399,0	0,065
Через 1 міс (48–42)	83,5 (75,5; 87)	80,5 (71; 85)	1127,5	0,335
Через 6 міс (45–38)	84 (77; 91)	81 (73; 88)	979,0	0,258
Через 12 міс (41–37)	83 (74; 90)	83 (72; 90)	740,0	0,857
p	0,0001	0,0001		
Шкала задоволеності лікуванням				
До лікування (51–45)	49 (44; 58)	51 (44; 61)	1100,5	0,733
Через 1 міс (48–42)	70 (61,75; 77,75)	65 (59,25; 75,75)	1197,5	0,026
Через 6 міс (45–38)	75 (67; 83)	72 (65,25; 79)	981,5	0,249
Через 12 міс (41–37)	74 (69; 80)	77 (68; 81)	717,0	0,681
p	0,0001	0,0001		
Шкала ставлення до хвороби				
До лікування (51–45)	41 (35; 48,5)	43 (35; 48)	1173,5	0,851
Через 1 міс (48–42)	54 (49; 63)	51,5 (43,5; 56)	1240,5	0,043
Через 6 міс (45–38)	62 (54; 71)	60,5 (51,25; 65,75)	1033,5	0,103
Через 12 міс (41–37)	66 (59; 74)	66 (59; 73)	808,9	0,620
p	0,0001	0,0001		

ФА – фізична активність.

Таблиця 7

Динаміка стану здоров'я згідно зі шкалою обмеження фізичної активності

Показник		Група А	Група Б	χ^2	p
До лікування	Поганий стан	4/51 (7,80 %)	5/45 (11,1 %)	2,40	0,300
	Задовільний стан	34/51 (67,7 %)	23/45 (51,1 %)		
	Добрий стан	13/51 (24,5 %)	17/45 (37,8 %)		
	Відмінний стан	0/51 (0,00 %)	0/45 (0,00 %)		
Через 1 міс	Поганий стан	0/48 (0,00 %)	0/42 (0,00 %)	6,70	0,028
	Задовільний стан	11/48 (22,9 %)	20/42 (47,6 %)		
	Добрий стан	33/48 (68,8 %)	22/42 (52,4 %)		
	Відмінний стан	4/48 (8,50 %)	0/42 (0,00 %)		
Через 6 міс	Поганий стан	0/45 (0,00 %)	0/38 (0,00 %)	0,06	0,969
	Задовільний стан	9/45 (20,0 %)	8/38 (21,1 %)		
	Добрий стан	28/45 (62,2 %)	24/38 (63,2 %)		
	Відмінний стан	8/45 (17,8 %)	6/38 (15,8 %)		
Через 12 міс	Поганий стан	0/41 (0,00 %)	0/37 (0,00 %)	0,376	0,840
	Задовільний стан	10/41 (24,4 %)	7/37 (18,9 %)		
	Добрий стан	24/41 (58,5 %)	23/37 (62,2 %)		
	Відмінний стан	7/41 (17,1 %)	7/37 (18,9 %)		

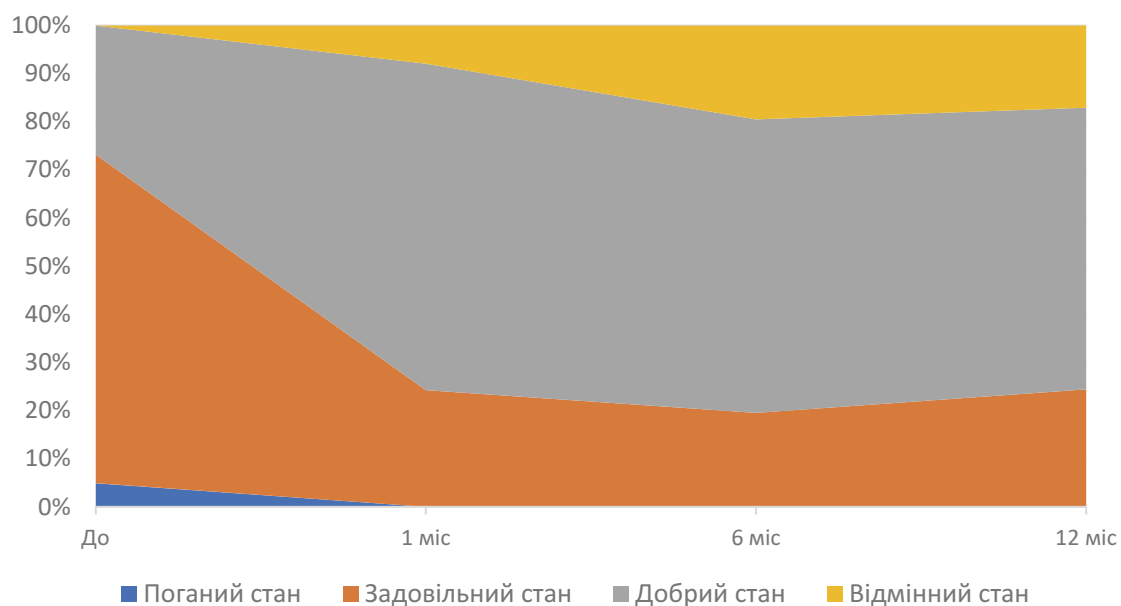


Рис. 1. Оцінка стану здоров'я за шкалою обмеження фізичної активності згідно зі SAQ у групі А.

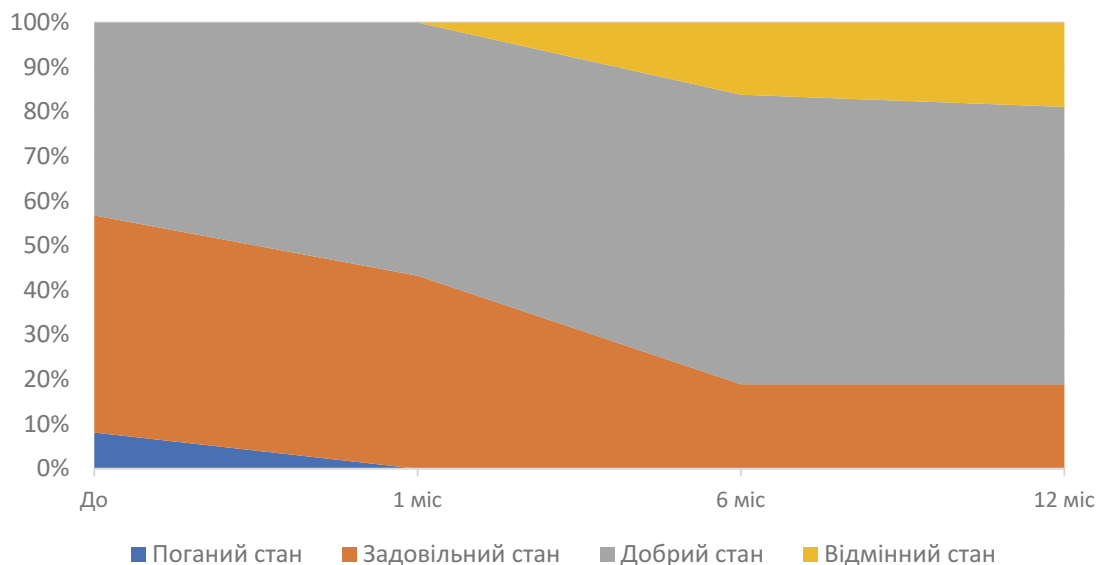


Рис. 2. Оцінка стану здоров'я за шкалою обмеження фізичної активності згідно зі SAQ у групі Б.

Таблиця 8

Динаміка частоти нападів стенокардії згідно із SAQ у групах дослідження

Показники		Група А	Група Б	χ^2	р
До лікування	Щоденні напади	7/51 (13,7 %)	8/45 (17,8 %)	0,335	0,837
	Щотижневі напади	25/51 (49,0 %)	22/45 (48,9 %)		
	Щомісячні напади	19/51 (37,3 %)	15/45 (33,3 %)		
	Відсутні напади	0/51 (0,00 %)	0/45 (0,00 %)		
Через 1 місяць	Щоденні напади	0/48 (0,00 %)	0/42 (0,00 %)	1,94	0,387
	Щотижневі напади	2/48 (4,10 %)	5/42 (11,9 %)		
	Щомісячні напади	20/48 (41,7 %)	15/42 (35,7 %)		
	Відсутні напади	26/48 (54,2 %)	22/42 (52,4 %)		
Через 6 місяць	Щоденні напади	0/45 (0,00 %)	0/38 (0,00 %)	1,58	0,545
	Щотижневі напади	3/45 (6,70 %)	3/38 (7,90 %)		
	Щомісячні напади	19/45 (42,2 %)	11/38 (28,9 %)		
	Відсутні напади	23/45 (51,1 %)	24/38 (63,2 %)		
Через 12 місяць	Щоденні напади	0/41 (0,00 %)	0/37 (0,00 %)	0,53	0,765
	Щотижневі напади	4/41 (9,76 %)	3/37 (8,11 %)		
	Щомісячні напади	16/41 (39,0 %)	12/37 (32,4 %)		
	Відсутні напади	21/41 (51,24 %)	22/37 (59,49 %)		

($p=0,405$), частотою гострого порушення мозкового кровообігу ($p=0,151$) та однорічною летальністю з усіх причин ($p=0,555$) (табл. 5).

У пацієнтів групи А у віддаленому періоді статистично значущо рідше (на 12,7 %; $p=0,034$) фіксувалися МАССЕ порівняно з групою Б (див. табл. 5).

Відповідно до опитувальника SAQ у пацієнтів обох груп спостерігалася статистично значуще покращання за всіма шкалами опитувальника, такими як обмеження фізичної активності, стабільності нападів стенокардії, частоти нападів стенокардії, задоволеності лікуванням, ставлення до хвороби (табл. 6).

Через 1 місяць після втручання в пацієнтів групи А показник обмеження фізичної активності був статистично значущо вищим порівняно з групою Б (59 (52,25; 67,25) проти 50 (41,25; 61,75) балів, $p=0,002$). Надалі, через 6 ($p=0,985$) та 12 місяців ($p=0,749$) після втручання статистично значущої відмінності між групами дослідження щодо обмеження фізичної активності не спостерігалася (див. табл. 6).

Також через 1 місяць після втручання в пацієнтів групи А показник задоволеності лікуванням був статистично значущо вищим порівняно з пацієнтами групи Б (70 (61,75; 77,75) проти 65 (59,25; 75,75) балів, $p=0,026$) (див. табл. 6).

Схожі результати також були отримані при аналізі шкали ставлення до хвороби згідно з SAQ. Хоча вихідний рівень ставлення до хвороби був подібним у пацієнтів обох груп ($p=0,851$), через місяць після втручання в групі А спостерігалися статистично значущо вищі ці показники порівняно з групою Б (54 [49; 63] проти 51,5 [43,5; 56] бала, $p=0,043$). Однак через 6 місяців ($p=0,103$) та через

12 місяців ($p=0,620$) значущих відмінностей між групами щодо цього показника не виявлено (див. табл. 6).

У подальшому на основі аналізу обмеження фізичної активності нами було проведено оцінку стану здоров'я пацієнтів. Так, пацієнти груп дослідження статистично значущо не відрізнялися за станом здоров'я на вихідному етапі ($p=0,300$), через 6 ($p=0,969$) та 12 місяців ($p=0,840$) (табл. 7).

Через 1 місяць після втручання пацієнти групи А характеризувалися кращим станом здоров'я порівняно з пацієнтами групи Б ($p=0,028$; див. табл. 7).

Загалом, на тлі проведених ЧКВ у пацієнтів групи А спостерігалася позитивна динаміка стану здоров'я, до втручання лише 24,5 % пацієнтів цієї групи мали добрий або відмінний стан здоров'я, тоді як через 12 місяців спостереження уже 75,6 % пацієнтів мали добрий або відмінний стан здоров'я ($p=0,001$; рис. 1).

Схожа картина також фіксувалася і в пацієнтів групи Б. До проведення АКШ у пацієнтів групи Б у 37,8 % визначався добрий або задовільний стан здоров'я, тоді як через 12 місяців після АКШ добрий або задовільний стан здоров'я визначався у 81,1 % пацієнтів ($p=0,0001$; рис. 2).

На основі аналізу шкали частоти нападів стенокардії був проведений розподіл пацієнтів дослідних груп залежно від значень цього показника (табл. 8).

Пацієнти обох груп не відрізнялися між собою щодо частоти нападів стенокардії до втручання ($p=0,837$), через 1 місяць ($p=0,387$), через 6 місяців ($p=0,545$) та через 12 місяців ($p=0,765$) (див. табл. 8).

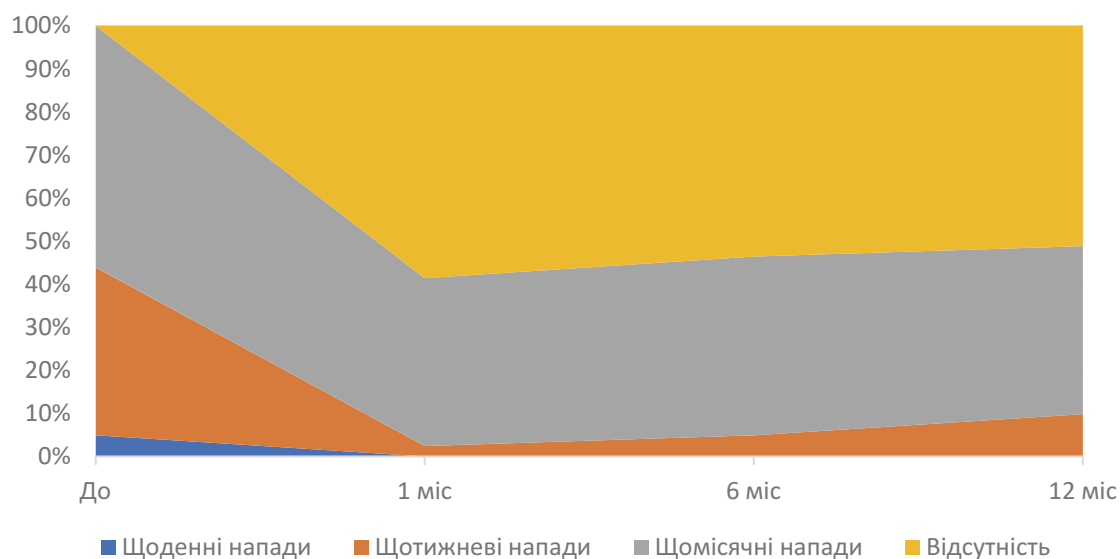


Рис. 3. Оцінка частоти нападів стенокардії згідно зі SAQ у групі А.

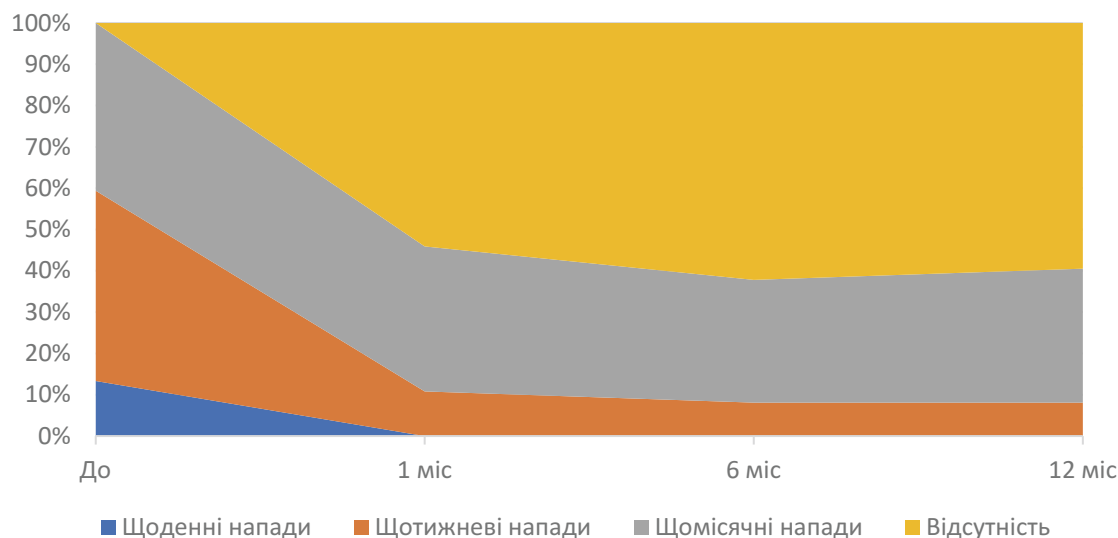


Рис. 4. Оцінка частоти нападів стенокардії згідно зі SAQ у групі Б.

Загалом нами встановлена статистично значущо позитивна динаміка щодо частоти нападів стенокардії у пацієнтів групи А впродовж 12 місяців спостереження ($p=0,001$), а саме у 51,24 % пацієнтів групи А через 12 місяців після ЧКВ взагалі не зареєстровано нападів стенокардії протягом 4 тижнів до опитування, тоді як до проведення ЧКВ у всіх 100 % пацієнтів упродовж останніх 4 тижнів до аналізу реєструвалася стенокардія (рис. 3).

У 59,49 % пацієнтів групи Б через 12 місяців після проведення АКШ не зафіксовано жодного нападу стенокардії упродовж 4 тижнів до анкетування, тоді як до АШК усі 100 % пацієнтів мали напади стенокардії ($p=0,001$; рис. 4).

ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження показали, що досліджувані групи не мали статистично значущих відмінностей щодо функціонального класу стенокардії на всіх етапах спостереження, а також частоти однорічних ускладнень, таких як інфаркт міокарда, необхідність повторної ревазуляризації, гостре порушення мозкового кровообігу та однорічної летальності з будь-яких причин. Водночас частота несприятливих серцево-судинних та цереброваскулярних подій статистично значущо рідше спостерігалася при ЧКВ порівняно з АКШ.

Отримані дані частково узгоджуються з результатами низки рандомізованих контрольованих досліджень та метааналізів, що порівнювали ефективність АКШ і ЧКВ у пацієнтів з ураженням ОСЛКА. Дослідження SYNTAX, NOBLE та EXCEL

свідчать про подібну летальність між цими двома методами ревазуляризації, але відмінності стосовно ризику повторної ревазуляризації, інфаркту міокарда та інших ускладнень залежать від складності анатомії коронарних артерій і значень балу SYNTAX [5–7].

Метааналізи додатково підтверджують перевагу АКШ у пацієнтів із високим балом SYNTAX, тоді як у пацієнтів із низьким або середнім балом обидва підходи демонструють схожу ефективність [10, 11]. У нашому ж дослідженні у пацієнтів, яким виконували АКШ, вихідні значення SYNTAX були статистично значущо вищими порівняно з пацієнтами, яким виконували лише ЧКВ. Однак удосконалення технологій і методик ЧКВ сприяло покращанню результатів лікування та зниженню кількості ускладнень, особливо в пацієнтів старшого віку [12].

Одним із важливих показників віддаленого періоду вважається якість життя пацієнтів. Для того щоб оцінити якість життя, пов'язану зі здоров'ям, проводиться комплексний аналіз фізичного або психічного стану здоров'я людей [13]. Загалом сприйняття якості життя (ЯЖ) залежить від культури і цінностей індивіда, де він живе, і пов'язане з його цілями, очікуваннями, стандартами та проблемами [14].

Упродовж однорічного періоду спостереження в пацієнтів як після ЧКВ, так і після АКШ спостерігалася статистично значуще покращання показників за всіма шкалами опитувальника SAQ, такими як обмеження фізичної активності, стабільності нападів стенокардії, частоти нападів стенокардії, задоволеності лікуванням, ставлення до хвороби.

Дослідження M.S. Abdallah та співавторів, у якому для аналізу ЯЖ використовували опитувальник SF-36, показало, що пацієнти, які перенесли АКШ, мали кращу ЯЖ у період від 6 місяців до двох років порівняно з тими, хто переніс ЧКВ; однак ці відмінності не були статистично значущими [15]. Своєю чергою дослідження R. Yazdani-Bakhsh та співавторів показало, що у пацієнтів, які перенесли ЧКВ, через 6 місяців після ревазуляризації спостерігали значно вищий показник ЯЖ порівняно з проведенням АКШ [16]. Однак, продовжуючи протягом 24 місяців це спостереження, автори не виявили суттєвих відмінностей між групами. Що стосується покращання ЯЖ в обох групах, більшість пацієнтів почувалися краще після лікування, і лише кілька пацієнтів почувалися так само або гірше, ніж до лікування. Схожі результати також були отримані в іншому дослідженні, проведеному S. Singh та співавторами в Індії [17].

Варто також зазначити, що в дослідженні D. Sarodanno та співавторів більшість пацієнтів з групи АКШ після операції почувалися значно гірше, ніж пацієнти з групи ЧКВ. Оскільки в цьому дослідженні АКШ здебільшого проводиться при подвійному та потрійному ураженні коронарних судин порівняно з одностудинними ураженнями при ЧКВ [18], пацієнти після АКШ можливо почувалися краще на тлі гіршого вихідного стану. Водночас деякі пацієнти почувалися гірше та могли страждати від інших супутніх захворювань. Зокрема, як зазначається в низці досліджень, пацієнти, яким виконували АКШ, мають набагато більшу частоту фібриляції передсердь, ніж ті, яким проводили ЧКВ, що зазвичай істотно погіршує якість життя [19–21].

Крім того, у дослідженні S.J. Baron та співавторів проведення АКШ асоціювалося з нижчим рівнем покращання загальної ЯЖ порівняно із застосуванням ЧКВ [22]. Ба більше, порівняльне дослідження S.V. Arnold та співавторів показало, що через 6 місяців лікування ЯЖ пацієнтів, яким проводили ЧКВ (48,3 %), була істотно вищою, ніж при проведенні АКШ (47,6 %) [23]. Ці результати можуть бути насамперед обумовлені появою покритих стентів, які, за даними контрольованих досліджень, характеризуються дуже низькою частотою тромбозу та рестенозу стента і, відповідно, низькою потребою в повторних втручаннях при застосуванні ЧКВ [24, 25].

У систематичному огляді та метааналізі A. Dimagli та співавторів, що охоплювали 5 рандомізованих контрольованих досліджень, у яких брали участь 10 760 пацієнтів, специфічна та загальна ЯЖ пацієнтів із комплексною ішемічною хворобою серця, яким проводили ревазуляриза-

цію, через 1 місяць спостереження фіксувалася вищою в пацієнтів після ЧКВ, тоді як через 6 та 12 місяців ЯЖ була істотно вищою після проведення АКШ [26]. Надалі, через 36–60 місяців не спостерігалось відмінностей між ЧКВ та АКШ щодо загальних показників ЯЖ.

У нашому ж дослідженні, як і у роботі A. Dimagli та співавторів, через 1 місяць після втручання в пацієнтів з ЧКВ показник обмеження фізичної активності, задоволеності лікуванням та ставлення до хвороби був статистично значущо вищим порівняно з групою, в якій застосовувалося АКШ. На нашу думку, результати значного покращання ЯЖ через 1 місяць після ЧКВ відображають менш інвазивний характер процедури ЧКВ порівняно з АКШ, зокрема меншу кількість процедурних ускладнень, коротшу тривалість перебування та швидше відновлення. Навпаки, більшість пацієнтів, яким проводять АКШ, відчувають біль у місці хірургічного доступу протягом перших кількох тижнів після операції та проходять кардіологічну реабілітацію [27]. Реабілітація після АКШ обмежує багато загальних аспектів фізичної мобільності, зокрема ходьбу, прийняття душу та участь у повсякденній діяльності, протягом перших кількох тижнів і місяців, але зазвичай ці обмеження знімаються через 6 місяців.

ВИСНОВКИ

1. У досліджуваних групах спостерігалось статистично значуще зниження функціонального класу стенокардії впродовж 12 місяців спостереження порівняно з вихідними значеннями ($p=0,001$ та $p=0,001$ відповідно).

2. У пацієнтів, яким проводили черезшкірне коронарне втручання, частота МАССЕ була статистично значущо меншою на 12,7 % ($p=0,034$) порівняно з пацієнтами, яким проводили аортокоронарне шунтування, до того ж у пацієнтів після черезшкірного коронарного втручання статистично значущо вищою була свобода від виникнення МАССЕ впродовж 12 місяців спостереження порівняно з пацієнтами після аортокоронарного шунтування.

3. Відповідно до опитувальника SAQ, впродовж однорічного періоду спостереження в пацієнтів і після черезшкірного коронарного втручання, і після аортокоронарного шунтування спостерігалось статистично значуще покращання всіх показників за шкалами опитувальника, таких як обмеження фізичної активності, стабільності нападів стенокардії, частоти нападів стенокардії, задоволеності лікуванням, ставлення до хвороби.

4. Через 1 місяць після втручання в пацієнтів, яким проводили черезшкірне коронарне втручання,

ня, фіксували статистично значущо вищі показники фізичної активності (59 (52,25; 67,25) проти 50 (41,25; 61,75) балів, $p=0,002$), задоволеності лікуванням (70 (61,75; 77,75) проти 65 (59,25; 75,75) балів, $p=0,026$) та ставлення до хвороби (54 (49; 63)

проти 51,5 (43,5; 56) бала, $p=0,043$) порівняно з пацієнтами, яким проводили аортокоронарне шунтування, тоді як на всіх інших етапах спостереження статистично значущої різниці не спостерігалось ($p>0,05$).

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження, збір, аналіз і інтерпретація даних, написання статті – А.М.; методологія, перевірка точності даних, критичний аналіз змісту статті, експертна консультація, редагування – С.Ф.

Література

- Dąbrowski EJ, Kożuch M, Dobrzycki S. Left Main Coronary Artery Disease-Current Management and Future Perspectives. *J Clin Med.* 2022;11(19):5745. <https://doi.org/10.3390/jcm11195745>
- Thomas JM, Cooney LM Jr, Fried TR. Systematic review: Health-related characteristics of elderly hospitalized adults and nursing home residents associated with short-term mortality. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(6):902-11. <https://doi.org/10.1111/jgs.12273>
- Persson J, Yan J, Angeres O, Venetsanos D, Jeppsson A, Sjugren I, et al. PCI or CABG for left main coronary artery disease: the SWEDEHEART registry. *Eur Heart J.* 2023;44(30):2833-42. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad369>
- Rahman A, Haider R, Shirin H, Sobhan A, Huq KE. Evaluate the Quality of Life in Patients With Percutaneous Coronary Intervention Versus Coronary Artery Bypass Graft. *Cureus.* 2024;16(1):e52645. <https://doi.org/10.7759/cureus.52645>
- Thuijs DJFM, Kappetein AP, Serruys PW, Mohr FW, Morice MC, Mack MJ, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting in patients with three-vessel or left main coronary artery disease: 10-year follow-up of the multicentre randomised controlled SYNTAX trial. *Lancet.* 2019;394:1325-34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31997-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31997-X)
- Mäkikallio T, Holm NR, Lindsay M, Spence MS, Erglis A, Menown IBA, et al. Percutaneous coronary angioplasty versus coronary artery bypass grafting in treatment of unprotected left main stenosis (NOBLE): a prospective, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet.* 2016;388:2743-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32052-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32052-9)
- Park DW, Park SJ. Percutaneous Coronary Intervention of Left Main Disease: Pre- and Post-EXCEL (Evaluation of XIENCE Everolimus Eluting Stent Versus Coronary Artery Bypass Surgery for Effectiveness of Left Main Revascularization) and NOBLE (Nordic-Baltic-British Left Main Revascularization Study) Era. *Circ Cardiovasc Interv.* 2017;10(6):e004792. <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.117.004792>
- Johnson TW, Räber L, di Mario C, Bourantas C, Jia H, Mattesini A, Gonzalo N, de la Torre Hernandez JM, Prati F, Koskinas K, Joner M, Radu MD, Erlinge D, Regar E, Kunadian V, Maehara A, Byrne RA, Capodanno D, Akasaka T, Wijns W, Mintz GS, Guagliumi G. Clinical use of intracoronary imaging. Part 2: acute coronary syndromes, ambiguous coronary angiography findings, and guiding interventional decision-making: an expert consensus document of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions. *Eur Heart J.* 2019 Aug 14;40(31):2566-2584. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz332>
- Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonell M, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 1995;25(2):333-41. [https://doi.org/10.1016/0735-1097\(94\)00397-9](https://doi.org/10.1016/0735-1097(94)00397-9)
- Gallo M, Blitzer D, Laforgia PL, Doulamis IP, Perrin N, Bortolussi G, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft for left main coronary artery disease: A meta-analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2022;163:94-105.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2020.04.010>
- Ahmad Y, Howard JP, Arnold AD, Cook CM, Prasad M, Ali ZA, et al. Mortality after drug-eluting stents vs. coronary artery bypass grafting for left main coronary artery disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J.* 2020;41:3228-35. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa135>
- Shanmugam VB, Harper R, Meredith I, Malaiapan Y, Psaltis PJ. An overview of PCI in the very elderly. *J Geriatr Cardiol.* 2015;12(2):174-84. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.02.012>
- Estoque RC, Togawa T, Ooba M, Gomi K, Nakamura S, Hijioka Y, et al. A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a «QOL-Climate» assessment framework. *Ambio.* 2019;48(6):619-38. <https://doi.org/10.1007/s13280-018-1090-3>
- What quality of life? The WHOQOL Group. *World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum.* 1996;17(4):354-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9060228/>
- Abdallah MS, Wang K, Magnuson EA, Spertus JA, Farkouh ME, Fuster V, et al. Quality of life after PCI vs CABG among patients with diabetes and multivessel coronary artery disease: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2013;310:1581-90. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.279208>
- Yazdani-Bakhsh R, Javanbakht M, Sadeghi M, Mashayekhi A, Ghaderi H, Rabiei K. Comparison of health-related quality of life after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. *ARYA Atheroscler.* 2016;12(3):124-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27752269/>
- Singh S, Sinha VK, Singh S, Kapoor L, Praharaj SK, Tikka SK, et al. Quality of life after coronary artery bypass graft & percutaneous transluminal coronary angioplasty: A follow up study from India. *Indian J Med Res.* 2020;152(4):423-6.

- https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1310_18
18. Capodanno D, Capranzano P, Di Salvo ME, et al. Usefulness of SYNTAX score to select patients with left main coronary artery disease to be treated with coronary artery bypass graft. *JACC Cardiovasc Interv.* 2009;2:731-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2009.06.003>
 19. Batta A, Hatwal J, Batta A, Verma S, Sharma YP. Atrial fibrillation and coronary artery disease: an integrative review focusing on therapeutic implications of this relationship. *World J Cardiol.* 2023;15:229-43. <https://doi.org/10.4330/wjcv15.i5.229>.
 20. Sale A, Yu J. Quality of life instruments in atrial fibrillation: a systematic review of measurement properties. *Health Qual Life Outcomes.* 2022;20:143. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02057-y>
 21. Alex Chau YL, Won Yoo J, Chuen Yuen H, et al. The impact of post-operative atrial fibrillation on outcomes in coronary artery bypass graft and combined procedures. *J Geriatr Cardiol.* 2021;18:319-26. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2021.05.005>
 22. Baron SJ, Chinnakondepalli K, Magnuson EA, et al. Quality-of-Life after everolimus-eluting stents or bypass surgery for left-main disease: results from the EXCEL trial. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70:3113-22. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.036>
 23. Arnold SV, Magnuson EA, Wang K, Serruys PW, Kappetein AP, Mohr FW, et al. Do differences in repeat revascularization explain the antianginal benefits of bypass surgery versus percutaneous coronary intervention?: implications for future treatment comparisons. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2012;5:267-75. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.111.964585>
 24. Polavarapu RS, Pamidimukkala V, Polavarapu A, et al. Ultra-thin everolimus-eluting stents in atherosclerotic lesions: three years follow-up with subgroup analysis of ultra-long stents. *Indian Heart J.* 2023;75:279-84. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2023.03.006>
 25. Kumar B, Agstam S, Vijay J, Batta A. Long term safety and efficacy of the Yukon Choice Flex sirolimus-eluting coronary stent-a real-world data from India. *Indian Heart J.* 2021;73:733-6. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2021.09.006>
 26. Dimagli A, Spadaccio C, Myers A, Demetres M, Rademaker-Havinga T, Stone GW, et al. Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention Versus Coronary Artery Bypass Grafting. *J Am Heart Assoc.* 2023;12(22):e030069. <https://doi.org/doi:10.1161/JAHA.123.030069>
 27. Chee JH, Filion KB, Haider S, Pilote L, Eisenberg MJ. Impact of age on hospital course and cost of coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol.* 2004;93(6):768-71. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2003.11.058>

Evaluation of quality of life and long-term outcomes following revascularization of the left main coronary artery in older adults

A.O. Maksakov^{1,2}, S.M. Furkalo^{1,3}

¹ Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Heart Institute of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³ O.O. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

The aim – to analyze quality of life and long-term outcomes following revascularization of the left main coronary artery (LMCA) in elderly patients.

Materials and methods. This retrospective study included 200 patients with coronary artery disease aged 60 to 74 years, who underwent LMCA revascularization between September 2021 and July 2024. Patients were divided into two groups: Group A – percutaneous coronary intervention (PCI) (n=150) and Group B – coronary artery bypass grafting (CABG) (n=50). Quality of life was assessed using the Seattle Angina Questionnaire (SAQ).

Results. Both groups showed a reduction in the functional class of angina over a 12-month period (p=0.001 for both groups). The incidence of myocardial infarction, repeat revascularization, acute cerebrovascular events, and one-year mortality did not differ between groups. However, in Group A, adverse cardiovascular and cerebrovascular events were 12.7 % less frequent compared to Group B (p=0.034). According to SAQ results, all parameters improved in both groups. One month after the intervention, Group A showed significantly higher scores in physical activity limitation (p=0.002), treatment satisfaction (p=0.026), and disease perception (p=0.043) compared to Group B. No significant differences were observed between the groups at 6 and 12 months for these parameters.

Conclusions. The study demonstrated that PCI is associated with a lower frequency of adverse cardiovascular and cerebrovascular events compared to CABG, with similar functional class and complication rates. Both methods resulted in improved quality of life, with PCI showing better outcomes one month after revascularization.

Key words: ischemic heart disease, elderly age, coronary artery bypass grafting, percutaneous coronary interventions, MACCE, quality of life.