

© ПЕТРОВ М. В., БУРМИСТРОВА Л. Ф., ШЕИНА А. Е., КОНДРАТЬЕВА К. П., БУРМИСТРОВ М. Е.

УДК 616.127-005.8

DOI: 10.20333/25000136-2023-2-90-96

Оценка качества жизни у пациентов с острой и хронической ишемической болезнью сердца

М. В. Петров, Л. Ф. Бурмистрова, А. Е. Шеина, К. П. Кондратьева, М. Е. Бурмистров

Пензенский государственный университет, Пенза 440026, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить особенности качества жизни у пациентов с острой и хронической формами ишемической болезни сердца на момент госпитализации в стационарных условиях.

Материал и методы. В исследования были включены 140 пациентов, находившихся на стационарном лечении. Всем пациентам было предложено заполнить Миннесотский, Сиэтловский опросник и аналогово-визуальную шкалу. Обследуемые пациенты были распределены на 2 группы, 1 включала больных с диагностированным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, 2 группа состояла из пациентов с декомпенсацией хронической формы ишемической болезни сердца. Оценка качества жизни в обеих группах проводилась на момент госпитализации в кардиологическом отделении многопрофильного стационара.

Результаты. По данным Миннесотского опросника, худшее качество жизни было обнаружено среди пациентов с декомпенсацией хронической формы ИБС, где наблюдались высокие значения суммы баллов шкалы Ликерта – 23 (17; 33) по сравнению с пациентами группы 1 – 11 (6; 20). Анализ Сиэтловского опросника выявил значительные физические ограничения (PL) в группе 2, где показатель PL достигал значения 76 (62,2; 84) в отличие от пациентов с ОИМ, значение PL которых составляло 81 (69; 88,9). Выявленность ангинозных болей (AS) преобладала во 2 группе – 50 (0; 100), по сравнению с 1 группой – 100 (50; 125). Частота встречаемости стенокардии (AF) у пациентов с ХИБС составляла 60 (20; 90), что было чаще, чем в группе с ОИМ, где показатель AF оказался равен 90 (60; 100) ($p=0,009$), при этом уровень качества жизни (DP) в данной группе ниже относительно группы 1 – $39,5\pm 9,4$ и $49\pm 10,2$ баллов соответственно. Показатель удовлетворенности лечением (TS) в обеих группах был сопоставим 95 (89; 95) и 95 (88,8; 95). По результатам аналогово-визуальной шкалы во 2 группе качество жизни было достоверно ниже, чем в группе 1 – 60 (50; 75) против 70 (60; 80).

Заключение. Выявлено сниженное качество жизни у пациентов с ХИБС по сравнению с пациентами имеющими ОИМ на этапе стационарного лечения. Худшие показатели качества жизни пациентов группы хронической ИБС отчасти обусловлены тем, что у пациентов группы ОИМ ранее не было выявлено анамнеза ИБС, кроме того, за последний месяц до госпитализации они вели привычный образ жизни и не наблюдали ухудшения состояния. Так же вероятно более высокие показатели КЖ в группе ОИМ могут быть обусловлены разницей в методике терапии, а конкретнее проведением ЧТКА. У пациентов с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения по сравнению с группой ОИМ, были худшие показатели КЖ по шкалам – AS, AF, DP, что вероятнее всего связано проведением ЧТКА в группе ОИМ. У пациентов с декомпенсацией ПИКС по сравнению с группой ОИМ были худшие показатели КЖ по шкалам – PL, AS, DP, что вероятно обусловлено проведением ЧТКА в группе ОИМ – шкала AS, длительным анамнезом ХСН и более низкими показателями ФВЛЖ – шкалы PL и DP. При сравнении подгруппы пациентов с стабильной стенокардией и подгруппы ПИКС, у пациентов с ПИКС, были худшие показатели КЖ по шкалам – PL и DP, причиной чего вероятнее всего являлся длительный анамнез ХСН и более низкие показатели ФВЛЖ, тогда как у пациентов с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения были худшие показатели КЖ по шкалам – AS, AF, вследствие наличия в анамнезе стабильной стенокардии напряжения и соответствующей симптоматики.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, качество жизни, Сиэтловский опросник, Миннесотский опросник, аналогово-визуальная шкала.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Петров МВ, Бурмистрова ЛФ, Шеина АЕ, Кондратьева КП, Бурмистров МЕ. Оценка качества жизни у пациентов с острой и хронической ишемической болезнью сердца. *Сибирское медицинское обозрение*. 2023;(2):90-96. DOI: 10.20333/25000136-2023-2-90-96

Assessment of quality of life in patients with acute and chronic coronary heart disease

M. V. Petrov, L. F. Burmistrova, A. E. Sheina, K. P. Kondratieva, M. E. Burmistrov

Penza State University, Penza 440026, Russian Federation

The aim of the research. To study the features of quality of life in patients with acute and chronic forms of coronary heart disease at the moment of inpatient hospitalisation.

Material and methods. The study included 140 patients on inpatient treatment. All patients were asked to fill in the Minnesota and Seattle questionnaires as well as the analogue-visual scale. The examined patients were divided into 2 groups: Group 1 included patients with diagnosed acute myocardial infarction with ST segment elevation, Group 2 consisted of patients with decompensation of chronic coronary heart disease. The assessment of quality of life in both groups was carried out at the time of hospitalisation in the cardiology department of the multi-profile hospital.

Results. According to the Minnesota questionnaire, the worst quality of life was found among patients with decompensation of the chronic form of coronary heart disease, where high values of the sum of points on the Likert scale were observed: 23 (17; 33) compared with patients in Group 1 – 11 (6; 20). Analysis of the Seattle questionnaire revealed significant physical limitations (PL) in Group 2, where the PL index reached the value of 76 (62.2; 84), in contrast to patients

with MI, whose PL value was 81 (69; 88.9). The severity of anginal pain (AS) prevailed in Group 2: 50 (0; 100) compared with Group 1 – 100 (50; 125). The incidence of angina pectoris (AF) in patients with the chronic form of coronary heart disease was 60 (20; 90), which was more common than in the MI group, where the AF index was 90 (60; 100) ($p=0.009$), while the level of quality of life (DP) in this group was lower as compared to Group 1: 39.5 ± 9.4 and 49 ± 10.2 points, respectively. The treatment satisfaction index (TS) in both groups was comparable at 95 (89; 95) and 95 (88.8; 95). According to the analogue-visual scale results, the quality of life in Group 2 was significantly lower than in Group 1: 60 (50; 75) versus 70 (60; 80).

Conclusion. Reduced quality of life was revealed in patients with chronic coronary heart disease compared with patients with MI at the stage of inpatient treatment. The worse quality of life indices in patients in the chronic coronary heart disease group are partly because patients in the MI group had no previous history of coronary heart disease. In addition, in the last month before hospitalisation, they led a usual lifestyle and did not observe deterioration in their condition. It is also likely that higher QL values in the MI group may be due to the difference in the method of therapy, and more specifically, the performance of percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). In patients with decompensation of stable angina pectoris, compared with the MI group, there were worse indicators of QL on the AS, AF, DP scales, which is most likely due to PTCA in the MI group. Patients with decompensation of postinfarction cardiosclerosis compared with the MI group had worse QL scores on the PL, AS, DP scales, which is probably due to the PTCA in the MI group: the AS scale, a long history of CHF and lower left ventricular ejection fraction scores on the PL and DP scales. When comparing a subgroup of patients with stable angina pectoris and the subgroup of postinfarction cardiosclerosis, patients with postinfarction cardiosclerosis had worse QL scores on the PL and DP scales, the reason for which was most likely a long history of CHF and lower left ventricular ejection fraction scores, whereas patients with decompensation of stable angina pectoris had worse QL scores on the AS and AF scales, due to the presence of stable angina pectoris and the corresponding symptoms in their medical history.

Key words: coronary heart disease, myocardial infarction, quality of life, Seattle questionnaire, Minnesota questionnaire, analogue-visual scale.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Petrov MV, Burmistrova LF, Sheina AE, Kondratieva KP, Burmistrov ME. Assessment of the quality of life in patients with acute and chronic coronary heart disease. *Siberian Medical Review*. 2023;(2):90-96. DOI: 10.20333/25000136-2023-2-90-96

Введение

В современном мире в последнее время весьма актуальным исследованием является оценка качества жизни (КЖ) пациентов различного профиля. В данное время качество жизни определяется как комплексная оценка психоэмоционального, социального и физического функционирования как здорового так и больного человека, основанная на его субъективном восприятии собственного состояния. Данное определение указывает на возможность применения параметра качества жизни в качестве дополнительного диагностического метода, позволяющего более комплексно оценивать, как текущее состояние больного, так и проводить динамический контроль эффективности лечебных мероприятий.

Согласно данным различных клинических научных исследований, на фоне развития заболевания в организме человека имеют места различные нарушения жизнедеятельности пациента такие как, частичная или полная потеря способности осуществлять свою обычную, привычную повседневную деятельность, физиологическое страдание как правило всего организма, социальные и ролевые ограничения, а также различные психологические нарушения. Вся сложность процессов, вызванных болезнью, помогает понять изучение качества жизни [1]. Согласно данным актуальной статистики, заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одну из лидирующих позиций как в России, так и во всем мире среди причин летального исхода пациентов разных возрастов, не смотря на проводимую лечебно-диагностическую помощь. Особенно часто встречается смертность среди пациентов гериатрического профиля.

Среди всех патологий сердечно-сосудистой системы на одной из первых позиций размещается ишемическая болезнь сердца (ИБС). Согласно клиническим исследованиям среди всей когорты пациентов с ИБС, ежегодная общая смертность составляет до 2,4 %, при этом от сердечно-сосудистых неблагоприятных осложнений ежегодно умирает до 1,5 % человек [2]. Заболевания сердечно-сосудистой и их осложнения значительно могут снижать качество жизни пациентов, а также косвенно влиять на продолжительность жизни [3, 4].

Влияние, а именно увеличение, на качество жизни пациентов является одной из целей лечения различных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых. Изучая особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, можно повысить качество жизни. Это является не только медицинской проблемой, но и социально-экономической.

Сердечно-сосудистые заболевания и, в частности, ИБС являются преобладающими причинами смертности и стойкой утраты трудоспособности населения практически всех развитых стран мира. Оценке качества жизни у пациентов с ИБС придается особое значение в связи с ролью социально-психологических факторов. Среди самых значимых последствий ИБС можно выделить такие как: высокая частота госпитализаций пациентов на стационарное лечение, и как следствие прирост выраженных материальных затрат на лечение, снижение работоспособности, высокий риск развития инвалидизации, и как следствие значительного снижения качества жизни [5, 6, 10].

При этом ранее нами не было найдено работ, посвященных сравнительной оценке качества жизни

больных с острой и хронической формами ИБС, тогда как данная информация может способствовать совершенствованию реабилитационных методик после перенесенного острого инфаркта миокарда, а также модификации образа жизни для вторичной профилактики при хронических формах ИБС.

Все вышесказанное указывает на крайнюю актуальность данной проблемы, что и побудило нас на изучение качества жизни пациентов кардиологического профиля.

Цель исследования – изучить особенности качества жизни у пациентов с острой и хронической формами ишемической болезни сердца на момент госпитализации в стационарных условиях.

Материал и методы

Данная работа проводилась в соответствии с научно-исследовательской деятельностью кафедры «Внутренние болезни» ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» (№ р.г. 01.2.006.07008). В исследование было включено всего 140 человек (113 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет с ИБС, которые были госпитализированы для проведения стационарного лечения в отделении кардиологии ГБУЗ «ГКБ № 6 им. Г.А. Захарьина», г. Пенза. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям – острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST и дестабилизация хронической формы ИБС (пациенты с декомпенсированной стенокардией напряжения в виде нестабильной стенокардии; пациенты с постинфарктным кардиосклерозом и нестабильной стенокардией). Данная работа заключалась в изучении историй болезней пациентов, а также проведении анкетирования, для определения качества жизни. Дизайн исследования носил одномоментный характер. Исследование соответствует этическим нормам, данные по отдельным пациентам не освещаются.

Все пациенты были разделены на две группы. Критериями включения являлись: установленный диагноз острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST для 1 группы и декомпенсация хронической формы ИБС (пациенты с декомпенсированной стенокардией напряжения в виде нестабильной стенокардии; пациенты с постинфарктным кардиосклерозом и нестабильной стенокардией) для 2 группы. Пациенты с ОИМ без подъема сегмента ST в исследование включены не были.

В группу 1 были определены 78 человек с диагностированным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, средний возраст пациентов составил 53 (49; 60) лет, рост – 172 (170; 178) см, масса тела в среднем составляла $84 \pm 15,2$ кг, индекс массы тела (ИМТ) – 27,2 (24,8; 30,8) $\text{кг}/\text{м}^2$, систолической артериальное давление (САД) – 122 (110; 130) мм рт. ст.,

диастолическое артериальное давление (ДАД) – 83 (70; 80) мм рт. ст. Продолжительность анамнеза заболевания сердечно-сосудистой системы составила 3 (0,1; 6,5) года. 41 % пациентов страдали артериальной гипертензией (АГ) в течение 5 (3; 10) лет. Анамнез курения составил $30,3 \pm 9,8$ лет, число выкуриваемых сигарет в день – 20 (20; 30). Группа 2 состояла из 62 пациентов с декомпенсацией хронической формы ИБС, средний возраст которых составил 58 (54; 60) лет, рост – 174 (165; 176) см, масса тела – $80,2 \pm 13,8$ кг, ИМТ – 27,1 (24,8; 29,5) $\text{кг}/\text{м}^2$, САД – 120 (115; 130) мм рт. ст., ДАД – 80 (75; 85) мм рт. ст. Из анамнеза известно, что длительность ИБС составляла в среднем 3 (1; 7) года. 85 % больных страдали АГ в течение 8 (5; 11,5) лет. Анамнез курения составил $32,6 \pm 7,7$ лет, число выкуриваемых сигарет в день 21 штука (20; 30).

Всем пациентам 1 группы выполнялось открытие инфарктсвязанной коронарной артерии (КА) – чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА), 75,6 % ($n=59$) пациентам проведено стентирование, а также консервативная терапия (оксигенотерапия при степени насыщения крови кислородом <90 %, органические нитраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антиагреганты (аспирин, клопидогрел), антикоагулянты (гепарин), ингибиторы протонного насоса). Пациенты 2 группы получали только консервативную терапию (оксигенотерапия при степени насыщения крови кислородом <90 %, органические нитраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антиагреганты (аспирин, клопидогрел), антикоагулянты (гепарин), ингибиторы протонного насоса), коронароангиография данным пациентам не проводилась. То есть за исключением ЧТКА, методика терапии в исследуемых группах была сопоставима.

Анализируемые группы пациентов были сопоставимы по возрасту, росту, массе тела, ИМТ, офисному значению артериального давления, анамнезу артериальной гипертензии и курения.

Все больные заполняли Миннесотский, Сизтловский опросники качества жизни, аналогово-визуальную шкалу. В последующем проводился анализ полученных результатов по специальным шкалам, либо по обобщающему индексу. Миннесотский опросник качества жизни (MHFLQ) содержит 21 вопрос. Для ответа пациентов на любой из вопросов предлагается самостоятельно использовать 6-ти пунктовую шкалу Ликерта, максимальная сумма баллов данной анкеты определялась как 105 баллов, что соответствует наихудшему качеству жизни, а 0 баллов – наилучшему [7]. Сизтловский опросник качества жизни (SAQ) включает шкалы физических ограничений (PL), частоты стенокардии (AF), удовлетворенность лечением (TS), недавних изменений

выраженности ангинозных болей (AS) и качество жизни, которое обусловлено наличием стенокардии (DP). В каждой из шкалы есть определенные вопросы, при ответе на которые можно получить максимальное количество возможной суммы 100 баллов, и тем, чем больше баллов набирает пациент, тем выше его функциональное состояние организма. Для того чтобы упростить интерпретации тех или иных свойств, все они были разделены по баллам следующим образом: физические ограничения, частоту и стабильность стенокардии ранжировали на выраженные (0-24), умеренные (25-49), легкие (50-74) и минимальные (75-100). Соответственно качество жизни, которое было нарушено вследствие наличия ИБС, поделили на очень низкое (0-24), умеренно сниженное (25-49), незначительно сниженное (50-74), хорошее или отличное (75-100) [8, 9].

Кроме того, всем пациентам предлагалось заполнение аналогово-визуальной шкалы, что представляет собой масштабную линейку с субъективной оценкой общего состояния больного.

Все проанализированные оценочные данные в ходе научного исследования сформированы в базу данных на персональном компьютере в программе Microsoft Excel 2019. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ StatSoft Statistica 12. Переменные с нормальным распределением описывались как среднее (M) и стандартное отклонение (σ). При распределении признаков отличным от нормального, данные представлены в виде Me (Q1, Q3), где Me – медиана, Q1, Q3 – квартили. Для сравнения полученных результатов в случае нормального распределения был применен t-критерий Стьюдента, при распределении отличным от нормального использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По данным Миннесотского опросника худшее качество жизни было обнаружено среди пациентов с декомпенсацией хронической формы ИБС, то есть, в группе 2, где наблюдались высокие значения суммы баллов шкалы Ликерта – 23 (17; 33) по сравнению с пациентами группы 1 – 11 (6; 20), ($p=0,004$) на момент госпитализации.

Сравнительную характеристику больных по данным Сиэтловского опросника можно сгруппировать в таблицу 1.

Анализ Сиэтловского опросника выявил значительные физические ограничения (PL) в группе 2, где показатель PL достигал значения 76 (62,2; 84) в отличие от пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, значение PL которых составляло 81 (69; 88,9), ($p=0,042$) (таблица 1). Выраженность ангинозных болей (AS) преобладала во 2 группе –

50 (0; 100), по сравнению с 1 группой – 100 (50; 125), ($p=0,004$). Частота встречаемости стенокардии (AF) у пациентов с ХИБС составляла 60 (20; 90), что было чаще, чем в группе с ОИМ, где показатель AF оказался равен 90 (60; 100) ($p=0,009$), при этом уровень качества жизни (DP) в данной группе ниже относительно группы 1 – $39,5 \pm 9,4$ и $49 \pm 10,2$ баллов соответственно ($p=0,007$). Обе группы удовлетворены лечением: показатель удовлетворенности лечением (TS) в обеих группах был сопоставим 95 (89; 95) и 95 (88,8; 95), ($p=0,641$) (табл. 1).

Как видно из рисунка 1, показатели AS и AF катастрофически страдают в группе 2, где они приобретают сильную выраженность, что соответствует их низким значениям. Высокие значения AS в группе 1 могут быть трактованы как адекватная антиангинальная терапия на стационарном этапе лечения инфаркта миокарда, AF – как редкие ангинозные приступы. Так же вероятно более высокие показатели КЖ в группе ОИМ могут быть обусловлены разницей в методике терапии, а конкретнее проведением ЧТКА. Несмотря на лучшие показатели в 1 группе, остальные параметры Сиэтловского опросника не имели столь выраженной разницы.

По результатам аналогово-визуальной шкалы во 2 группе качество жизни было достоверно ниже, чем в группе 1 – 60 (50; 75) против 70 (60; 80) ($p=0,014$).

На следующем этапе исследования 2 группа больных была распределена на 2 подгруппы, в 1 подгруппу включены 37 пациентов с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения, в виде нестабильной стенокардии, во 2 подгруппу – 25 больных с постинфарктным кардиосклерозом и нестабильной стенокардией. Анализируемые подгруппы пациентов были сопоставимы по возрасту, росту, массе тела, ИМТ, офисному значению артериального давления,

Таблица 1

Сравнительная характеристика больных по Сиэтловскому опроснику

Table 1

Comparative characteristics of patients according to the Seattle questionnaire

Сиэтловский опросник	Группа 1 (n = 78)	Группа 2 (n = 62)	Достоверность (p)
PL (физические ограничения)	81 (69; 88,9)	76 (62,2; 84)	0,042
AS (выраженность ангинозных болей)	100 (50; 125)	50 (0; 100)	0,004
AF (частота стенокардии)	90 (60; 100)	60 (20; 90)	0,009
TS (удовлетворенность лечением)	95 (89; 95)	95 (88,8; 95)	0,641
DP (качество жизни)	$49 \pm 10,2$	$39,5 \pm 9,4$	0,007
Сумма баллов	86 (81; 93)	80 (76; 89)	0,009

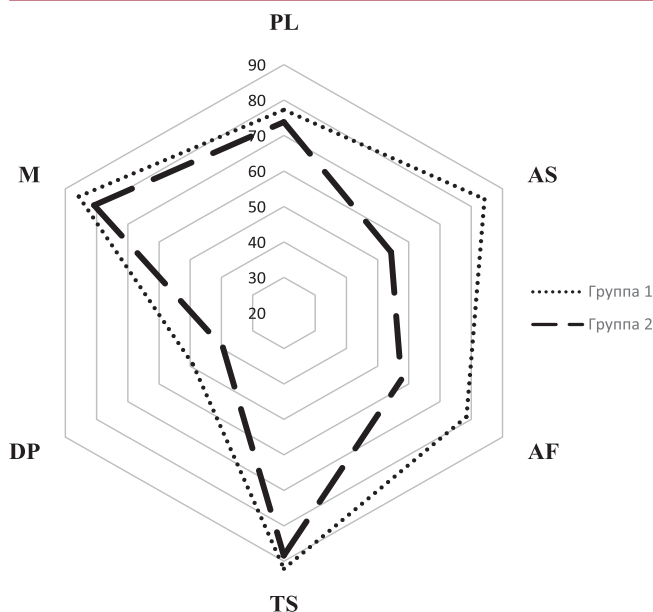


Рисунок 1. Сравнительная диаграмма средних значений показателей качества жизни в исследуемых группах по данным Сиэтловского опросника.

Примечание: группа 1 – пациенты с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST; группа 2 – пациенты с хронической формой ИБС; PL – шкала физических ограничений; AS – выраженность ангинозных болей; AF – частота стенокардии; TS – удовлетворенность лечением; DP – качество жизни, обусловленное стенокардией; M – интегральная средняя всех измеряемых показателей.

Figure. 1. Comparative diagram of the average values of quality of life indicators in the study groups according to the Seattle questionnaire.

Note: group 1 – patients with myocardial infarction with ST segment elevation; group 2 – patients with chronic coronary heart disease; PL – scale of physical limitations; AS – severity of anginal pain; AF – frequency of angina; TS – satisfaction with treatment; DP – quality of life due to angina; M – integral average of all measured indicators.

анамнезу артериальной гипертензии и курения. После чего проведен сравнительный анализ КЖ по Сиэтловскому опроснику между данными подгруппами и группой 1 (пациенты с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST). Результаты приведены в таблице 2.

Так же для более корректного анализа КЖ оценена фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) по методу Симпсона в каждой группе больных и анамнез ХСН. В 1 группе ФВЛЖ составила 58 % (53;62), в 1 подгруппе – 52 % (50;55), во 2 подгруппе – 45 % (42;50). На основании оценки медицинской документации пациентам 1 группы ранее диагноз ХСН не выставлялся, в 1 подгруппе у 45,9 % (n=17) ранее был установлен диагноз ХСН продолжительность анамнеза – 1,5 (1; 3) лет, во второй подгруппе у 96 % (n=24) ранее был установлен диагноз ХСН, продолжительность анамнеза – 5 (3; 10) лет.

Проведенный анализ показал следующие результаты: при сравнении 1 группы и 1 подгруппы у пациентов с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения, в виде нестабильной стенокардии были худшие показатели КЖ по шкалам – AS (выраженность ангинозных болей), AF (частота стенокардии), DP (качество жизни), что вероятнее всего связано проведением ЧТКА в группе ОИМ; при сравнении 1 группы и 2 подгруппы у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и нестабильной стенокардией были худшие показатели КЖ по шкалам – PL (физические ограничения), AS (выраженность ангинозных болей), DP (качество жизни), что вероятно обусловлено проведением ЧТКА в группе ОИМ – шкала AS, длительным анамнезом ХСН и более низкими показателями ФВЛЖ (p=0,018) во 2 подгруппе больных – шкалы PL и DP; при сравнении 1 подгруппы и 2 подгруппы у пациентов с постинфарктным

Таблица 2

Сравнительная характеристика больных с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения, постинфарктного кардиосклероза и острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST по Сиэтловскому опроснику

Table 2

Comparative characteristics of patients with decompensation of stable angina pectoris, postinfarction cardiosclerosis and acute myocardial infarction with ST segment elevation according to the Seattle questionnaire

Сиэтловский опросник	Группа 1 (n = 78)	Группа 2 (n = 62)		Достоверность (p)		
		Подгруппа 1 (n = 37)	Подгруппа 2 (n = 25)	1-2	1-3	2-3
	1	2	3			
PL (физические ограничения)	81 (69; 88,9)	80 (65; 87)	71 (50; 81)	0,136	0,005	0,012
AS (выраженность ангинозных болей)	100 (50; 125)	50 (0; 75)	75 (50; 100)	0,002	0,034	0,028
AF (частота стенокардии)	90 (60; 100)	30 (0; 60)	80 (50; 90)	0,003	0,093	0,012
TS (удовлетворенность лечением)	95 (89; 95)	95 (87; 95)	95 (89,2; 95)	0,636	0,783	0,648
DP (качество жизни)	49±10,2	44,2±10,1	35,5±8,7	0,015	0,004	0,009
Сумма баллов	86 (81; 93)	82 (78; 89)	78 (72; 85)	0,014	0,007	0,024

кардиосклерозом и нестабильной стенокардией были худшие показатели КЖ по шкалам – PL (физические ограничения) и DP (качество жизни), причиной чего вероятнее всего являлся длительный анамнез ХСН и более низкие показатели ФВЛЖ ($p=0,034$), тогда как у пациентов с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения, в виде нестабильной стенокардии были худшие показатели КЖ по шкалам – AS (выраженность ангинозных болей), AF (частота стенокардии), вследствие наличия в анамнезе стабильной стенокардии напряжения и соответствующей симптоматики.

Заключение

По данным проведенного анкетирования с применением Миннесотского, Сиэтловского опросников и аналогово-визуальной шкалы выявлено сниженное качество жизни у пациентов с декомпенсацией хронической формы по сравнению, с пациентами имеющими ОИМ с подъемом сегмента ST на этапе стационарного лечения.

Худшие показатели качества жизни пациентов группы с декомпенсацией ХИБС отчасти обусловлены тем, что у пациентов группы ОИМ с подъемом сегмента ST ранее не было выявлено анамнеза ИБС, кроме того, за последний месяц до госпитализации они вели привычный образ жизни и не наблюдали ухудшения состояния. Так же вероятно более высокие показатели КЖ в группе ОИМ могут быть обусловлены разницей в методике терапии, а конкретнее проведением ЧТКА.

Наиболее выраженная разница показателей качества жизни отмечена по шкалам AS и AF по Сиэтловскому опроснику. Высокие значения AS в группе ОИМ могут быть трактованы как адекватная антиангинальная терапия на стационарном этапе лечения инфаркта миокарда, AF – как редкие ангинозные приступы, вследствие проведения ЧТКА.

У пациентов с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения по сравнению с группой ОИМ, были худшие показатели КЖ по шкалам – AS, AF, DP, что вероятнее всего связано проведением ЧТКА в группе ОИМ. У пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и нестабильной стенокардией по сравнению с группой ОИМ были худшие показатели КЖ по шкалам – PL, AS, DP, что вероятно обусловлено проведением ЧТКА в группе ОИМ – шкала AS, длительным анамнезом ХСН и более низкими показателями ФВЛЖ – шкалы PL и DP. При сравнении подгруппы пациентов с стабильной стенокардией и подгруппы ПИКС, у пациентов с ПИКС, были худшие показатели КЖ по шкалам – PL и DP, причиной чего вероятнее всего являлся длительный анамнез ХСН и более низкие показатели ФВЛЖ, тогда как у пациентов с декомпенсацией стабильной стенокардии напряжения

были худшие показатели КЖ по шкалам – AS, AF, вследствие наличия в анамнезе стабильной стенокардии напряжения и соответствующей симптоматики.

Литература / References

1. Ahmadi Sh, Teixeira LFM, Domingues JRV. Quality of life, sexual function, and bariatric surgery: a systematic review. *Obesity and Metabolism*. 2020;(17):64-72. DOI: 10.14341/omet10335
2. Наркевич ИА, Немятых ОД, Ковалева КА, Ратова ЛГ, Трушникова ИО, Парижская ЕН, Конради АО. Оценка качества жизни пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда. *Фармация и фармакология*. 2020;8(6):465-475. [Narkevich IA, Nemyatykh OD, Kovaleva KA, Ratova LG, Trushnikova IO, Parisskaya EN, Konradi AO. Assessment of the quality of life of patients with stable ischemic heart disease after myocardial revascularization. *Pharmacy and Pharmacology*. 2020;8(6): 465-475. DOI: 10.19163/2307-9266-2020-8-6-465-475. (In Russian)]
3. Farooq F, Imran N, Abbas M. Ivabradine effects on heart rate and quality of life among chronic heart failure patients. *The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2021;71(1-A): 86-89. DOI 10.47391/JPMA.638
4. Rakhmatullof FK, Kuryaeva AM, Moiseeva IJ. Electrophysiological effects of Valsalva manoeuvre during early pregnancy in patients with paroxysms of orthodromic atrioventricular tachycardia. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2017. 10(8):108. DOI:10.22159/ajpcr.2017.v10i8.18827
5. Jin Q, Zhou Y, Yin D, He H. Effects of cluster nursing on cardiac function and quality of life in coronary heart disease patients with chronic heart failure: A protocol of randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(14):e29091. DOI 10.1097/MD.00000000000029091
6. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, Schenck E, Chen R, Jabri A, Satlin MJ, Campion Jr TR, Nahid M, Ringel JB, Hoffman KL, Alshak MN, Li HA, Wehmeyer GT, Rajan M, Reshetnyak E, Hupert N, Horn EM, Martinez FJ, Gulick RM, Safford MM. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *The New England Journal of Medicine*. 2020;17;173(10):855-858. DOI: 10.7326/M20-2730
7. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. 2020:114. [Stable ischemic heart disease. Clinical recommendations of the Russian Cardiological Society. 2020:114. (In Russian)]
8. Schopfer DW, Beatty AL, Meyer CS, Whooley MA. Longitudinal Association Between Angina Pectoris and Quality of Life. *The American Journal of Cardiology*. 2022; (164):1-6. – DOI 10.1016/j.amjcard.2021.10.037

9. Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, Aaron JG, Claassen J, Rabbani LE, Hastie J, Hochman BR, Salazar-Schicchi J, Yip NH, Brodie D, O'Donnell MR. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10239):1763-1770. DOI:10.1016/S0140-6736(20)31189-2

10. Mavromatis K, Gershlick A. The Impact of the ISCHEMIA Trial on Clinical Practice: an Interventionist's Perspective. *Cardiovascular Drugs and Therapy*. 2022;36(5):1019-1026. DOI 10.1007/s10557-021-07230-x. – EDN XEHSAN

Сведения об авторах

Петров Михаил Владимирович, ассистент, Пензенский государственный университет; адрес: Российская Федерация, 440026, г. Пенза, ул. Красная, д. 40; тел.: +7(937)4332083; e-mail: mikh.petrov1@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0542-4040>

Бурмистрова Лариса Федоровна, к.м.н., доцент, Пензенский государственный университет; адрес: Российская Федерация, 440026, г. Пенза, ул. Красная, д. 40; тел.: +7(906)3979036; e-mail: lamax-69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6568-0305>

Шеина Алина Евгеньевна, ассистент, Пензенский государственный университет; адрес: Российская Федерация, 440026, г. Пенза, ул. Красная, д. 40; тел.: +7(927)0972247; e-mail: alina_silukova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9373-7268>

Кондратьева Кристина Петровна, ассистент, Пензенский государственный университет; адрес: Российская Федерация, 440026, г. Пенза, ул. Красная, д. 40; тел.: +7(963)1110592; e-mail: free-tina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8540-2054>

Бурмистров Максим Евгеньевич, студент 5 курса, Лечебный факультет, Пензенский государственный университет; адрес: Российская Федерация, 440026, г. Пенза, ул. Красная, д. 40; тел.: +7(906)3979036; e-mail: lamax-69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9000-156>

Author information

Mikhail V. Petrov, assistant, Penza State University; Address: 40 Krasnaya str., Penza, Russian Federation 440026; Phone: +7(937)4332083; e-mail: mikh.petrov1@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0542-4040>

Larisa F. Burmistrova, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Penza State University; Address: 40 Krasnaya str., Penza, Russian Federation 440026; Phone: +7(906)3979036; e-mail: lamax-69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6568-0305>

Alina E. Sheina, assistant, Penza State University; Address: 40 Krasnaya str., Penza, Russian Federation 440026; Phone: +7(937)4332083; e-mail: alina_silukova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9373-7268>

Kristina P. Kondratieva, assistant, Penza State University; Address: 40 Krasnaya str., Penza, Russian Federation 440026; Phone: +7(963)1110592; e-mail: free-tina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8540-2054>

Maxim E. Burmistrov, 5th year student, Medical Faculty, Penza State University; Address: 40 Krasnaya str., Penza, Russian Federation 440026; Phone: +7(906)3979036; e-mail: lamax-69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9000-156>

Дата поступления 02.12.2022

Дата рецензирования 31.01.2023

Принята к печати 14.02.2023

Received 02 December 2022

Revision Received 31 January 2023

Accepted 14 February 2023