

УДК 616.1-07-053.9

DOI 10.24412/2312-2935-2023-3-386-404

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Д.Т. Лебедев, Е.В. Хохлюк, Л.И. Постникова

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

Введение. Улучшение качества жизни населения является междисциплинарной проблемой и важным направлением государственной политики. Эта проблема интересна тем, что снижение тяжести патологических процессов по данным клинического, лабораторного и инструментального обследования не обязательно сопровождается соответствующим улучшением самочувствия пациентов. Из-за интегрального характера показателей качества жизни, на них могут влиять и сердечно-сосудистые заболевания, и гериатрические синдромы. Однако природа их сочетанного эффекта изучена недостаточно хорошо.

Цель исследования: анализ и обобщение литературных данных о методологии оценки качества жизни пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Материалы и методы. Был применен теоретический метод научного исследования, проанализированы литературные данные о методах оценки качества жизни. Рассмотрено возможное сочетанное влияние сердечно-сосудистых заболеваний и гериатрического статуса на качество жизни.

Результаты. На основе данных литературы дана краткая история внедрения термина "качество жизни" в клиническую практику. Описаны факторы, которые могут повлиять на качество жизни. Кратко охарактеризованы существующие методы оценки качества жизни с помощью различных шкал и опросников, рассмотрена роль модификации внутренних картин здоровья и болезни для адаптации к новой социальной ситуации развития, вызванной сердечно-сосудистыми заболеваниями. Анализируется методология и роль комплексного гериатрического обследования, а также важность этого обследования для оценки качества жизни. Рассмотрены методы оценки физического, функционального, психоэмоционального и социального статуса, применяемые в процессе комплексного гериатрического обследования.

Заключение. Результаты проведенного анализа демонстрируют возможность значительного влияния гериатрического статуса и сердечной патологии на качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста. Однако природа их сочетанного влияния на качество жизни требует дальнейшего изучения. В клинической практике представляется целесообразным использовать комплексный подход, позволяющий учитывать совместное влияние пожилого возраста и сердечно-сосудистой патологии на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, пожилой возраст, гериатрическое обследование, сердечно-сосудистые заболевания

SOME METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE ASSESSING IN ELDERLY PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

D.T. Lebedev, E.V. Khokhlyuk, L.I. Postnikova

Belgorod state national research University, Belgorod

Introduction. Improving of the population's quality of life is an interdisciplinary problem and the important aspect of the state's policy. This problem is interesting because of the decrease of the severity of pathological processes according to clinical, laboratory, and instrumental examination data is not obligatory accompanied by corresponding improvement of cases well-being. Due to the integral nature of the quality of life indicators, both cardiovascular diseases and geriatric syndromes can affect them. However, the nature of their combined effect is not well studied.

Research objectives are to analyze and summarize the literature data about methodology of the quality of life assessment in elderly cases with cardiovascular diseases

Materials and methods. The theoretical scientific method was applied; the literature data about the methods of quality of life assessment was analyzed. It was considered the possible combined effect of cardiovascular diseases and geriatric status on quality of life.

Results. On the basement of the literature data, it is given a brief history of the "quality of life" term implementation in the clinical practice. The factors that can affect the quality of life are described. It is briefly characterized the existing methods of quality of life assessing with various scales and questionnaires; it is considered the role of modification of the health and disease internal pictures for adaptation to a new social situation of development that is caused by cardiovascular disease. It is analyzed the methodology and role of comprehensive geriatric examination and importance of this examination for the quality of life assessing. There are considered the methods of the physical, functional, psycho-emotional and social status assessing that is applied for the comprehensive geriatric examination.

Conclusion. The results of the performed analysis demonstrate the possibility of significant impact of geriatric status and cardiac pathology on the quality of life of elderly and senile cases. However, the nature of their combined effect on the quality of life requires further researches. It seems appropriate to use in clinical practice an integrated approach that allows consider the combined effects of the old age and cardiovascular pathology on the quality of life.

Key words: quality of life, old age, geriatric examination, cardiovascular diseases

Введение. Повышение качества жизни населения – важнейшее направление деятельности государства [1]. Это междисциплинарная проблема, находящаяся на стыке экономики, социологии, психологии и медицины [2]. Интерес к проблеме оценки качества жизни пациентов появился у врачей после осознания того, что уменьшение патологических изменений по данным физикального и лабораторно-инструментального обследования, не всегда сопровождается соответствующим улучшением самочувствия пациента [3]. Интегральная природа показателей качества жизни, приводит к тому, что на них может влиять множество различных субъективных и объективных факторов, в том числе имеющиеся у пациентов сердечно-сосудистые заболевания [4], а также гериатрические синдромы [5].

Характер совместного влияния этих факторов у пациентов пожилого и старческого возраста изучен недостаточно, что делает исследования в данной области актуальными и практически значимыми.

Цель исследования: проанализировать и обобщить данные литературные о методологии исследования качества жизни пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. В работе применен теоретический метод научного исследования. В ходе исследования были проанализированы и обобщены литературные данные, касающиеся существующих способов и методов оценки качества жизни, а также возможному влиянию на этот показатель клинических проявлений наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний и имеющих у пожилых пациентов гериатрических синдромов. Для анализа использовались сведения, полученные из научных работ, находящихся в открытом доступе в библиографических фондах научных библиотек и электронных баз данных.

Результаты и их обсуждение. Начало исследований качества жизни при различных заболеваниях, чаще всего связывают с именем профессора Колумбийского университета D.A.Karnofsky, который впервые указал на необходимость учитывать не только медицинские, но и социально-психологические последствия онкологических заболеваний [6]. Сам термин «качество жизни», был впервые использован в 1966 г. J.R.Elkinton, который обозначил его, как «гармонию внутри человека, а также между человеком и окружающим миром» [7]. В медицинской практике, термин «качество жизни» получил официальное признание в 1977 году, после его включения в рубрикацию «Cumulated Index Medicus» [8].

В медицинской практике чаще всего используют оценку качество жизни, связанного со здоровьем (Health-related quality of life, HRQL). Понятие о связанном со здоровьем качестве жизни было впервые сформулировано R.M.Kaplan и J.W.Bush в 1982 году [9].

Несмотря на большое количество работ, посвященных исследованию различных медицинских аспектов качества жизни, ученым так и не удалось достичь окончательного консенсуса по данной проблеме [2]. На методологическом уровне это проявляется существованием сотни с лишним различных определений этого понятия [10], а также наличием более 1200 инструментов для его оценки [11]. Однако, определяя понятие качества жизни, исследователи чаще всего ссылаются на точку зрения экспертов ВОЗ, которые рассматривают качество жизни, как «субъективное восприятие пациентами своего

физического, психологического и эмоционального состояния, а также возможностей социального функционирования» [12, 13, 14].

Способность показателей качества жизни комплексно характеризовать состояние пациентов и оценивать различные аспекты их жизнедеятельности, в настоящее время не вызывает сомнений [15]. Связанное со здоровьем качество жизни можно считать интегральным показателем степени адаптации пациента к своему заболеванию [16, 17]. На качество жизни пациентов могут влиять не только симптомы имеющегося заболевания, но и многие другие факторы, например возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение, характер трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень, особенности региона проживания и т.д. [15]. Поэтому, при анализе показателей качества жизни следует обращать внимание не только их абсолютные значения, но и на результаты их сравнения в отдельных группах, состоящих из здоровых лиц и пациентов, имеющих те или иные заболевания [18]. При оценке качества жизни, желательно также учитывать психоэмоциональный статус обследуемых, поскольку наличие депрессии и уровень тревожности повлияют на оценку своего состояния пациентами [19, 20].

В настоящее время, возможность использования качества жизни для оценки состояния больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и его динамики на фоне лечения не вызывает сомнений [21, 22]. Для количественной оценки показателей качества жизни могут быть применены различные опросники [23] и оценочные шкалы [24]. Используемые оценочные шкалы могут быть визуально-аналоговыми (visual analogue scale), цифровыми оценочными (numeric rating scale) и вербально-аналоговыми (verbal analogue scale). Визуальные аналоговые шкалы представляют собой отрезок длиной 10 см, левый и правый концы которого обозначают две альтернативные, максимально различающиеся оценки исследуемого параметра, например, наихудшее и наилучшее состояние здоровья. В процессе обследования, пациенту предлагается поставить на этом отрезке метку, соответствующую его самооценке исследуемого параметра. После этого положение метки соотносится с сантиметровой или миллиметровой разметкой и конвертируется в цифровое значение показателя. Цифровые оценочные шкалы или, как их еще называют, цифровые визуально-аналоговые шкалы, содержат пронумерованные деления, позволяющие оценить интенсивность того или иного параметра по 5-ти, 10-ти, 100-балльной или иной цифровой системе. Вербально-аналоговые шкалы, называемые также шкалами вербальных оценок, содержат слова, характеризующие интенсивность измеряемого параметра. Например, в отношении интенсивности болей могут быть использованы

следующие описательные термины: «отсутствуют», «слабые», «умеренные», «сильные», «нестерпимые». Оценочные шкалы просты и удобны в использовании, их заполнение не требует много времени. Однако они одномерны по своей природе и, по сравнению с опросниками, хуже защищены от предоставления искаженной информации в момент заполнения.

Опросники качества жизни, традиционно используемые в кардиологии, могут быть специализированными и неспециализированными. Первые – пригодны для обследования больных определенной сердечно-сосудистой патологией, вторые – применяются для оценки качества жизни при самых разных заболеваниях. Все опросники, разработанные за рубежом, перед использованием в РФ подлежат обязательной культурно-языковой адаптации [17].

В качестве наиболее популярных неспециализированных опросников качества жизни можно упомянуть Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP), Краткую версию опросника здоровья по 36 пунктам (The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey, MOS SF-36), Профиль воздействия болезни (Sickness Impact Profile), Индекс качества жизни (Quality of Life Index).

Возможными примерами специализированных опросников могут быть анкета оценки качества жизни при стенокардии (Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire); анкета оценки специфической активности (Specific Activity Questionnaire); анкета оценки качества жизни после инфаркта миокарда (Quality of Life after Myocardial Infarction); анкета для оценки кардиологического профиля здоровья (Cardiac Health Profile) и др.

Сердечно-сосудистые заболевания в пожилом возрасте имеют ряд особенностей. В частности, они характеризуются широкой распространенностью [25], коморбидностью [26], а также нередким развитием различных гериатрических синдромов, обусловленных пожилым и старческим возрастом (старческая астения, падения, когнитивные нарушения и т.п.) [27].

Исследуя качество жизни пациентов, следует помнить о возможном влиянии внутренней картины здоровья обследуемого на его отношение к своему состоянию [25]. Кроме того, необходимо принимать во внимание возможность изменения не только внутренней картины здоровья, но и внутренней картины болезни, которые являются способами психологической адаптации пациента к возникающей в результате заболевания и старения новой социальной ситуации развития. Изменения внутренней картины здоровья и внутренней картины болезни могут повлиять на самооценку пациентами своего состояния и оказаться

ключом к пониманию механизмов психической адаптации пациента к имеющемуся заболеванию [28].

Выраженные возрастные инволютивные изменения могут в значительной степени снижать качество жизни пациентов [29]. Однако пожилой возраст пациентов может также оказывать существенное влияние на процесс оценки качества жизни и его результаты. Например, когнитивные нарушения, нередкие у пациентов пожилого и старческого возраста, способные повлиять на выбор и методику использования опросников и оценочных шкал, предназначенных для оценки качества жизни.

В настоящее время, качество жизни пациентов является важной составляющей комплексной оценки их гериатрического статуса [30]. Выявление факторов, негативно влияющих на качество жизни обследуемых, является одной из важнейших задач комплексного гериатрического обследования [31]. Данные, полученные в ходе комплексной гериатрической оценки, используются для последующей разработки плана мероприятий, направленных на повышение качества жизни [29].

Сохранение качества жизни пожилых людей во многом зависит от поддержания их способности к самореализации, в том числе, в сфере профессиональной деятельности [29]. Занимаясь лечением соматических заболеваний на фоне имеющейся у пациента старческой астении, требуется учитывать влияние этих заболеваний не только на здоровье, но и на качество жизни. Выбирая стратегию ведения пожилых больных, следует учитывать высокий уровень приоритетности в отношении коррекции заболеваний и состояний, в наибольшей степени снижающих функциональное состояние и качество жизни пациентов. Более высокий приоритет имеют только заболевания и состояния, которые потенциально угрожают их жизни [32].

Обычно, проведению комплексного гериатрического обследования предшествует скрининг пациентов, позволяющий оценить вероятность наличия у них гериатрических синдромов. Экспертами Российской Ассоциации геронтологов и гериатров разработан алгоритм проведения такого скрининга [31]. В частности, скрининговое обследование пациентов начинают с ответов пациента на вопросы опросника «Возраст не помеха» [33], состоящего из 7 вопросов, касающихся различных аспектов состояния пожилого пациента. По результатам ответов на вопросы, обследуемому может быть начислено от 0 до 7 баллов.

Если в ходе тестирования будет набрано 5 и более баллов, вероятность старческой астении высока и необходимо направить обследуемого на комплексное гериатрическое обследование. При сомнительных результатах скрининга (3-4 балла), обследование

дополняют краткой батареей тестов физического функционирования [32], а также тестом «Мини-Ког» [34], предназначенным для выявления когнитивных нарушений. В этом случае, окончательное решение о необходимости проведения комплексного гериатрического обследования принимается на основе результатов проведенного дообследования.

Проведение комплексного гериатрического обследования – довольно трудоемкая процедура, требующая до 1,5-2,0 часов работы мультидисциплинарной команды специалистов [32]. Поэтому, проведение такого скрининга, позволяет научно обоснованно отобрать пациентов, нуждающихся в проведении комплексного гериатрического обследования и сократить связанные с ним трудозатраты.

Комплексное гериатрическое обследование проводят у пациентов, находящихся в стабильном состоянии и не имеющих острых заболеваний. Конкретный набор шкал и тестов, используемых в процессе комплексного гериатрического обследования, не является жестко фиксированным. Он может изменяться в зависимости от состояния конкретного пациента, а также условий и места проведения диагностических мероприятий (во время посещения пациента на дому или во время амбулаторного приема, в период лечения в стационаре и т.п.).

Традиционно, в процессе комплексной гериатрической оценки исследуются физический, функциональный, психоэмоциональный и социальный статус пожилого человека [29].

Оценка физического состояния пациента не ограничивается анализом имеющихся у него хронических заболеваний и характером проводимой лекарственной терапии. Она включает в себя измерение роста и веса пациента, оценку наличия и степени выраженности хронического болевого синдрома, проверку слуха, зрения, оценку состояния питания, проведение ортостатической пробы, проверку наличия у обследуемого всех необходимых вакцинаций.

Для оценки функционального состояния могут использоваться индекс Бартел [35], шкала Лоутона [36], кистевая динамометрия [37], тесты «Встань и иди» [38, 39 и др.], а также краткая батарея тестов физического функционирования [40].

Исследование психоэмоционального статуса пациентов базируется на оценке его когнитивных функций и эмоционального состояния. В частности, для оценки состояния когнитивных функций, наряду с тестом «Мини-Ког» [41], могут быть использованы: тест рисования часов [42], краткая шкала оценки психического статуса [43], Монреальская шкала оценки когнитивных функций [44], а также батарея тестов лобной дисфункции [45].

Для оценки эмоционального состояния пациентов могут быть использованы гериатрическая шкала депрессии [46], шкала оценки здоровья [47, 48], Корнельская шкала депрессии [49].

Исследование социального статуса включает оценку семейного положения пациента (наличие супруги, супруга, партнера), анализ его круга общения и социальных контактов. Учитываются его жилищные условия, финансовые возможности, профессия, образование, профессиональная активность, способность заниматься повседневной привычной деятельностью (убирать в доме, готовить пищу, совершать различные покупки и т.п.). Особое внимание обращается на потребность пациента в уходе, безопасность окружающих его бытовых условий, наличие стрессов, вызванных потерей близких и другими причинами. Выявляют имеющиеся у пациента психологические проблемы, оценивают его умение с ними справляться. Определяют наличие вредных привычек у обследуемого и его окружения (курение, злоупотребление алкоголем и др.). При оценке социального статуса следует учитывать влияние на этот параметр религиозности пациента, а также отношение к нему со стороны окружающих, которое может быть не только доброжелательным и добросердечным, но и жестоким.

Практически все эти параметры являются важными составляющими, определяющими качество жизни пациентов. Однако, судя по существующим клиническим рекомендациям по диагностике старческой астении [32], прямое, непосредственное исследование качества жизни с помощью специальных разработанных для этих целей опросников и шкал, остается за рамками проведения комплексного гериатрического обследования.

Комплексное влияние на качество жизни гериатрического статуса пожилого пациента и имеющегося у него кардиальной патологии изучено недостаточно, в доступной литературе обнаружено небольшое количество публикаций по этой проблеме [50, 51, 52]. При этом, качество жизни является важным параметром, характеризующим состояние таких пациентов и его динамику на фоне лечения [53].

Оценка качества жизни больных играет важную роль в определении поведенческих, когнитивных и эмоциональных реакций пациента на заболевание [4]. В тоже время, представляется вполне логичным, что клиническое ведение пожилых пациентов с кардиальной патологией должно проводиться с учетом их гериатрического статуса и некардиальной коморбидности [54-56].

Заключение. Проведенный анализ литературных данных свидетельствуют о возможности существенного влияния гериатрического статуса и кардиальной патологии на качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста. Однако характер комплексного воздействия этих параметров на показатели качества жизни требует дополнительного изучения. При ведении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями представляется целесообразным использование комплексного подхода, позволяющего учитывать сочетанное влияние на пациента возрастных инволютивных изменений, а также патологии сердечно-сосудистой системы. Работа в этом научном направлении способна помочь в разработке новых подходов к ведению пожилых больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и оптимизировать тактику их ведения.

Список литературы.

1. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013;(1):119-133
2. Рассказова Е.И. Качество жизни как междисциплинарная проблема: теоретические подходы и диагностика качества жизни в психологии, социологии и медицине. Теоретическая и экспериментальная психология. 2012;5(2):59-71
3. Новик А.А., Ионова Т.И., Киштович А.В. Общий опросник исследования качества жизни 2-го поколения NJQoL-29: психометрические свойства инструмента. Вестник межнационального центра исследования качества жизни. 2007;(9-10):25-31
4. Лазарева Е.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016;12(2):54-64
5. Киселева Г.В., Рафальская К.А. Распространенность гериатрических синдромов у пациентов врача общей практики. Российский семейный врач. 2017;21(4):21-28
6. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press; 1947:67-82
7. Elkinton J.R. Medicine and the quality of life. Ann Intern Med. 1966;64(3):711-714 doi:10.7326/0003-4819-64-3-711
8. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. Санкт-Петербург: Элби; 1999:1-140
9. Kaplan R.M., Bush J.W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. Health Psychology. 1982;1(1):61-80

10. Schalok R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004;48(3):203-216
11. Pić I., Milić I., Arandelović M. Assessment quality of life: current approaches. *Acta Medica Medianae*. 2010;49(4):52-60
12. World Health Organization. Quality of life group. What is it quality of life? The WHOQOL Group. *World Health Forum*. 1996;17(4):354-356
13. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине. *Клиническая медицина*. 2000;(2):10-13
14. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Москва: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп»; 2007:1-320
15. Жолдасбекова А.С., Калматаева Ж.А. Современные подходы к изучению качества жизни в медицине и кардиологии. *Вестник КазНМУ*. 2016; (3):246-251
16. Juniper E.F., Guyatt G.H., Willan A., Griffith L.E. Determining a minimal change in a disease-specific quality of life questionnaire. *J. Clin. Epidemiol*. 1994;47(1):81-87
17. Cultural Adaptation of QoL Instruments. *News Letter QoL*. 1996;(13):5
18. Гурылева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии. *Русский медицинский журнал*. 2006;14(10):761-763
19. Гарганеева Н.П., Петрова М.М., Евсюков А.А., и др. Влияние депрессии на течение ишемической болезни сердца и качество жизни пациентов. *Клиническая медицина*. 2014;92(12):30-37
20. Нуралиева Н.Ф., Напалков Д.А. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2014;(9-10):21-26
21. Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.И. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения. *Клиническая медицина*. 1998;(6):52-58
22. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в кардиологии. *Вестник международного центра исследования качества жизни*. 2007;(9-10):4-14
23. Сизова Л.В. Оценка качества жизни в современной медицине. *Научно-практическая ревматология*. 2003;(2):38-46
24. Reips U.D., Funke F. Interval level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS Generator. *Behavior Research Methods*. 2008;40(3):699-704

25. Дядька А.И., Багрия А.Э. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых. Киев: ООО «Люди в белом»; 2013:1-170
26. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(1):5-66.
27. Чукаева И.И., Ларина В.Н. Возраст–ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача–терапевта поликлиники. Лечебное дело. 2017;(1):6-15
28. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. Сибирский психологический журнал. 2008;(27):67-71
29. Фархутдинова Л.М. Об основах комплексной гериатрической оценки. Архивь внутренней медицины. 2019;9(4):245-252
30. Мелёхин А.И. Алгоритм комплексной гериатрической оценки состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал. 2016;(3):13
http://medpsy.ru/climp/2016_3_13/article04.php (дата обращения: 07.03.2023)
31. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., и др. Комплексная гериатрическая оценка у пациентов пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Экспертное мнение Российской Ассоциации геронтологов и гериатров. Кардиология. 2021;61(5):71-78
32. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., и др. Клинические рекомендации «Старческая астения». Российский журнал гериатрической медицины. 2020;1:11-46
33. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Остапенко В.С., и др. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. Успехи геронтологии. 2017;30(2):236-242
34. Borson S., Scanlan J.M., Chen P., Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003;51(10):1451-1454.
35. Mahoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md. State Med. J. 1965;14:61-65
36. Lawton M.P., Brody E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-186

37. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-M156
38. Podsiadlo D., Richardson S. The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *JAGS.* 1991;39:142-148.
39. Bohannon R.W. Reference values for the Timed Up and Go Test: A Descriptive MetaAnalysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy.* 2006;29(2):64-68.
40. Guralnik J.M., Simonsick E.M., Ferrucci L., et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol.* 1994;49(2):M85-M94
41. Borson S., Scanlan J., Brush M., et al. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15(11):1021-1027
42. Huntzinger J.A. Clock drawing in the screening assessment of cognitive impairment in an ambulatory care setting: a preliminary report. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 1992;14(2):142-144.
43. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975;12:189-198
44. Nasreddine, Z.S. Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005;53:695-699
45. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology.* 2000;55(11):1621-1626.
46. Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist.* 1986;5:165-173
47. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA.* 1999;282:1737-1744.
48. Погосова Н.В., Довженко Т.В., Бабин А.Г., и др. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2014;13(3):18-24
49. Alexopoulos G.A., Abrams R.C., Young R.C., Shamoian C.A: Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psych.* 1988;23:271-284

50. Rosso A.L., Eaton C.B., Wallace R, et al. Combined impact of geriatric syndromes and cardiometabolic diseases on measures of functional impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2011;66(3):349-354

51. Wu J., Kang L., Yang M., Rossi A.P. Editorial: Impacts of common geriatric syndromes and their interaction with chronic diseases on health. *Front. Med.* 2022;9:1029246. doi:10.3389/fmed.2022.1029246

52. Tasioudi L., Aravantinou-Karlatou A., Karavasileiadou S., et al. The Impact of Frailty and Geriatric Syndromes on the Quality of Life of Older Adults Receiving Home-Based Healthcare: A Cross-Sectional Survey. *Healthcare.* 2023; 11(1):82.

53. Дзуева С.С., Ахкубекова З.А., Жамборова Ф.А., Арамисова Р.М. Оценка качества жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Трудный пациент.* 2018;16(10):6-9

54. Котовская Ю.В., Розанов А.В., Курашев Д.Х., и др. Проблемы ведения сердечной недостаточности у пациентов старших возрастных групп. *РМЖ. Медицинское обозрение.* 2018;8(I):24-26

55. Амлаев К.Р., Зафирова В.Б., Айбазов Р.У., Хубиева А.А., Шикина И.Б., Третьяков А.А. Медико-социальные аспекты образа жизни и грамотности в вопросах здоровья пациентов кардиохирургического профиля. *Медицинский вестник Северного Кавказа.* 2015; 1: 91-95. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2015.10016>

56. Огрызко Е.В., Иванова М.А., Одинец А.В., Ваньков Д.В., Люцко В.В. Динамика заболеваемости взрослого населения острыми формами ишемической болезни сердца и смертности от них в Российской Федерации в 2012-2017 гг. *Профилактическая медицина.* 2019; 5(22):23-26.

References

1. Evsina O.V. Kachestvo zhizni v meditsine – vazhnyi pokazatel' sostoyaniya zdorov'ya patsienta [The quality of life in medicine – an important indicator of patient health status]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2013;(1):119-133 (In Russian)

2. Rasskazova E.I. Kachestvo zhizni kak mezhdistsiplinarnaya problema: teoreticheskie podkhody i diagnostika kachestva zhizni v psikhologii, sotsiologii i meditsine [Quality of life as an interdisciplinary problem: theoretical approaches and diagnostics of the quality of life in psychology,

sociology and medicine]. Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya [Theoretical and Experimental Psychology]. 2012;5(2):59-71 (In Russian)

3. Novik A.A., Ionova T.I., Kishtovich A.V. Obshchii oprosnik issledovaniya kachestva zhizni 2-go pokoleniya NJQoL-29: psikhometricheskie svoystva instrumenta [Generic quality of life questionnaire of the 2nd generation NJ QoL-29: the psychometric properties]. Vestnik mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni [Bulletin of the Multinational Center for Quality of Life Research]. 2007;(9-10):25-31 (In Russian)

4. Lazareva E.Yu. Kachestvo zhizni, svyazannoe so zdorov'em, u bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Health-related quality of life in cardiovascular patients]. Vestnik psikhologii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2016;12(2):54-64 (In Russian)

5. Kiseleva G.V., Rafal'skaya K.A. Rasprostranennost' geriatricheskikh sindromov u patsientov vracha obshchei praktiki [The prevalence of geriatric syndromes in general practice]. Rossiiskii semeinyi vrach [Russian Family Doctor]. 2017;21(4):21-28 (In Russian)

6. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press; 1947:67-82

7. Elkinton J.R. Medicine and the quality of life. Ann Intern Med. 1966;64(3):711-714
doi:10.7326/0003-4819-64-3-711

8. Novik A.A., Ionova T.I., Kaïnd P. Kontsepsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine [The concept of quality of life research in medicine]. Sankt-Peterburg: Elbi [St. Petersburg: Elbi]; 1999:1-140

9. Kaplan R.M., Bush J.W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. Health Psychology. 1982;1(1):61-80

10. Schalok R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know. Journal of Intellectual Disability Research. 2004;48(3):203-216

11. Ilić I., Milić I., Arandelović M. Assessment quality of life: current approaches. Acta Medica Medianae. 2010;49(4):52-60

12. World Health Organization. Quality of life group. What is it quality of life? The WHOQOL Group. World Health Forum. 1996;17(4):354-356

13. Novik A.A., Matveev S.A., Ionova T.I. Otsenka kachestva zhizni bol'nogo v meditsine [Assessment of the patient's quality of life in medicine]. Klinicheskaya meditsina [Clinical Medicine]. 2000;(2):10-13 (In Russian)

14. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [Guidelines for the study of quality of life in medicine]. Moskva: ZAO «OLMA Media Grupp» [Moscow: OLMA Media Group CJSC]; 2007:1-320
15. Zholdasbekova A.S., Kalmataeva Zh.A. Sovremennye podkhody k izucheniyu kachestva zhizni v meditsine i kardiologii [Modern approaches to the study of the quality of life in medicine and cardiology]. Vestnik KazNMU [Bulletin of KazNMU]. 2016; (3):246-251 (In Russian)
16. Juniper E.F., Guyatt G.H., Willan A., Griffith L.E. Determining a minimal change in a disease-specific quality of life questionnaire. J. Clin. Epidemiol. 1994;47(1):81-87
17. Cultural Adaptation of QoL Instruments. News Letter QoL. 1996;(13):5
18. Guryleva M.E., Zhuravleva M.V., Aleeva G.N. Kriterii kachestva zhizni v meditsine i kardiologii [Quality of life criteria in medicine and cardiology]. Russkii meditsinskii zhurnal [Russian Medical Journal]. 2006;14(10):761-763 (In Russian)
19. Garganeeva N.P., Petrova M.M., Evsyukov A.A., i dr. Vliyanie depressii na techenie ishemicheskoi bolezni serdtsa i kachestvo zhizni patsientov [The influence of depression on the course of coronary heart disease and quality of life]. Klinicheskaya meditsina [Clinical Medicine]. 2014;92(12):30-37 (In Russian)
20. Nuralieva N.F., Napalkov D.A. Depressiya i serdechno-sosudistye zabolevaniya [Depression and Cardiovascular Diseases]. Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk [Annals of the Russian Academy of Medical Science]. 2014;(9-10):21-26 (In Russian)
21. Syrkin A.L., Pechorina E.A., Drinitsina S.I. Opredelenie kachestva zhizni u bol'nykh ishemicheskoi bolezniyu serdtsa – stabil'noi stenokardiei napryazheniya [Determination of the quality of life in patients with coronary heart disease – stable angina pectoris]. Klinicheskaya meditsina [Clinical Medicine]. 1998;(6):52-58 (In Russian)
22. Shevchenko Yu.L., Novik A.A., Tyurin V.P., Ionova T.I. Issledovanie kachestva zhizni v kardiologii [Study of the quality of life in cardiology]. Vestnik mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni [Bulletin of the Multinational Center for Quality of Life Research]. 2007;(9-10):4-14 (In Russian)
23. Sizova L.V. Otsenka kachestva zhizni v sovremennoi meditsine [Patient quality of life assessment in modern medicine]. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya [Rheumatology Science and Practice]. 2003;(2):38-46 (In Russian)
24. Reips U.D., Funke F. Interval level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS Generator. Behavior Research Methods. 2008;40(3):699-704

25. Dyadyka A.I., Bagriya A.E. Serdechno-sosudistye zabolevaniya u pozhilykh [Cardiovascular diseases in the elderly]. Kiev: ООО «Lyudi v belom» [Kiev: LLC "People in white"]; 2013:1-170 (In Russian)
26. Oganov R.G., Simanenkov V.I., Bakulin I.G., i dr. Komorbidnaya patologiya v klinicheskoi praktike. Algoritmy diagnostiki i lecheniya [Comorbidities in clinical practice. Algorithms for diagnostics and treatment]. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2019;18(1):5-66. (In Russian)
27. Chukaeva I.I., Larina V.N. Vozrast–assotsirovannye sostoyaniya (geriatricheskie sindromy) v praktike vracha–terapevta polikliniki [Geriatric Syndromes in a Primary Care Setting]. Lechebnoe delo [The Journal of General Medicine]. 2017;(1):6-15 (In Russian)
28. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Fedorova V.L. Vnutrennyaya kartina bolezni v strukture kachestva zhizni u bol'nykh s somaticheskoi patologiei [Personal disease picture in quality of life structure in individuals with physical illnesses]. Sibirskii psikhologicheskii zhurnal [Siberian Journal of Psychology]. 2008;(27):67-71 (In Russian)
29. Farkhutdinova L.M. Ob osnovakh kompleksnoi geriatricheskoi otsenki [About the basics of comprehensive geriatric assessment]. Arkhiv" vnutrennei meditsiny [The Russian Archives of Internal Medicine]. 2019;9(4):245-252 (In Russian)
30. Melekhin A.I. Algoritm kompleksnoi geriatricheskoi otsenki sostoyaniya zdorov'ya v pozhilom i starcheskom vozraste [Algorithm of complex geriatric assessment of health status in the elderly and senile age]. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: elektronnyi nauchnyi zhurnal [Clinical and medical psychology: research, training, practice: electronic scientific journal.]. 2016;(3):13 http://medpsy.ru/climp/2016_3_13/article04.php (accessed: 07.03.2023) (In Russian)
31. Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K., i dr. Kompleksnaya geriatricheskaya otsenka u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami. Ekspertnoe mnenie Rossiiskoi Assotsiatsii gerontologov i geriatrov [Comprehensive geriatric assessment in elderly and senile patients with cardiovascular diseases. Expert opinion of the Russian Association of Gerontologists and Geriatricians]. Kardiologiya [Kardiologiya]. 2021;61(5):71-78 (In Russian)
32. Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K., i dr. Klinicheskie rekomendatsii "Starcheskaya asteniya" [Clinical guidelines frailty]. Rossiiskii zhurnal geriatricheskoi meditsiny [Russian Journal of Geriatric Medicine]. 2020;1:11-46 (In Russian)

33. Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Ostapenko V.S., i dr. Validatsiya oprosnika dlya skrininga sindroma starcheskoj astenii v ambulatornoi praktike [Validation of the questionnaire for screening frailty]. Uspekhi gerontologii [Advances in gerontology]. 2017;30(2):236-242 (In Russian)
34. Borson S., Scanlan J.M., Chen P., Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003;51(10):1451-1454.
35. Mahoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md. State Med. J. 1965;14:61-65
36. Lawton M.P., Brody E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-186
37. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-M156
38. Podsiadlo D., Richardson S. The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. JAGS. 1991;39:142-148.
39. Bohannon R.W. Reference values for the Timed Up and Go Test: A Descriptive MetaAnalysis. Journal of Geriatric Physical Therapy. 2006;29(2):64-68.
40. Guralnik J.M., Simonsick E.M., Ferrucci L., et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol. 1994;49(2):M85-M94
41. Borson S., Scanlan J., Brush M., et al. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15(11):1021-1027
42. Huntzinger J.A. Clock drawing in the screening assessment of cognitive impairment in an ambulatory care setting: a preliminary report. Gen. Hosp. Psychiatry. 1992;14(2):142-144.
43. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res. 1975;12:189-198
44. Nasreddine, Z.S. Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J. Am. Geriatr. Soc. 2005;53:695-699
45. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. Neurology. 2000;55(11):1621-1626.
46. Sheikh, J.I., Yesavage, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist. 1986;5:165-173

47. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA*. 1999;282:1737-1744.
48. Pogosova N.V., Dovzhenko T.V., Babin A.G., i dr. Russkoyazychnaya versiya oprosnikov PHQ-2 i 9: chuvstvitel'nost' i spetsifichnost' pri vyyavlenii depressii u patsientov obshchemeditsinskoi ambulatornoi praktike [Russian version of PHQ-2 and 9 questionnaires: sensitivity and specificity in detection of depression in outpatient general medical practice]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2014;13(3):18-24 (In Russian)
49. Alexopoulos G.A., Abrams R.C., Young R.C., Shamoian C.A: Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psych*. 1988;23:271-284
50. Rosso A.L., Eaton C.B., Wallace R, et al. Combined impact of geriatric syndromes and cardiometabolic diseases on measures of functional impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2011;66(3):349-354
51. Wu J., Kang L., Yang M., Rossi A.P. Editorial: Impacts of common geriatric syndromes and their interaction with chronic diseases on health. *Front. Med*. 2022;9:1029246. doi:10.3389/fmed.2022.1029246
52. Tasioudi L., Aravantinou-Karlatou A., Karavasileiadou S., et al. The Impact of Frailty and Geriatric Syndromes on the Quality of Life of Older Adults Receiving Home-Based Healthcare: A Cross-Sectional Survey. *Healthcare*. 2023; 11(1):82.
53. Dzueva S.S., Akhkubekova Z.A., Zhamborova F.A., Aramisova R.M. Otsenka kachestva zhizni pri serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh [Evaluation of Quality of Life in Patients with Cardiovascular Diseases]. *Trudnyi patsient* [Difficult Patient]. 2018;16(10):6-9 (In Russian)
54. Kotovskaya Yu.V., Rozanov A.V., Kurashev D.Kh., i dr. Problemy vedeniya serdechnoi nedostatochnosti u patsientov starshikh vozrastnykh grupp [Problems of management of heart failure patients of older age groups]. *RMZh. Meditsinskoe obozrenie* [RMJ. Medical Review]. 2018;8(I):24-26 (In Russian)
55. Amlaev K.R., Zafirova V.B., Aibazov R.U., Khubieva A.A., Shikina I.B., Tretyakov A.A. Mediko-social'nye aspekty obraza zhizni i gramotnosti v voprosah zdorov'ya pacientov kardiohirurgicheskogo profilya. [Medical and social aspects of lifestyle and literacy in matters of health of cardiac surgery patients]. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza*. [North Caucasus Medical Bulletin]. 2015; 1: 91-95. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2015.10016> (In Russian)

56. Ogryzko E.V., Ivanova MA, Odinets A.V., Vankov D.V., Lyutsko V.V. Dinamika zaboлеваemosti vzroslogo naseleniya ostrymi formami ishemicheskoy bolezni serdca i smertnosti ot nih v Rossijskoj Federacii v 2012-2017 gg. [Dynamics of adult morbidity with acute forms of coronary heart disease and mortality from them in the Russian Federation in 2012-2017]. Profilakticheskaya medicina. [Preventive medicine]. 2019; 5 (22):23-26. (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Лебедев Дмитрий Тихонович - ассистент кафедры семейной медицины медицинского института, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: lebedev_d@bsu.edu.ru, ORCID: 0000-0002-4552-9405; SPIN-код: 1095-8620

Хохлюк Екатерина Валерьевна - ассистент кафедры семейной медицины медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: khokhlyuk@bsu.edu.ru, ORCID: 0000-0002-4761-3934; SPIN-код: 6086-703

Постникова Людмила Ильинична - доцент кафедры семейной медицины медицинского института, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: postnikova@bsu.edu.ru ORCID: 0000-0002-1615-4886.

Information about the authors

Lebedev Dmitry Tikhonovich - Assistant of the Department of Family Medicine of the Medical Institute of the Belgorod State National Research University, 308015, Belgorod, Pobedy str., 85, e-mail: lebedev_d@bsu.edu.ru, ORCID: 0000-0002-4552-9405; SPIN-код: 1095-8620

Khokhlyuk Ekaterina Valeryevna - Assistant of the Department of Family Medicine of the Medical Institute of the Belgorod State National Research University, 308015, Belgorod, Pobedy str., 85, e-mail: khokhlyuk@bsu.edu.ru, ORCID: 0000-0002-4761-3934; SPIN-код: 6086-7038.

Postnikova Ludmila Ilinichna - Docent of the Department of Family Medicine of the Medical Institute of the Belgorod State National Research University, 308015, Belgorod, Pobedy str., 85, e-mail: postnikova@bsu.edu.ru ORCID: 0000-0002-1615-4886.

Статья получена: 22.03.2023 г.
Принята к публикации: 28.09.2023 г.