

УДК 616.127-005.8-036.11-528.311+281.34
DOI 10.24411/2312-2935-2020-00106

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

*Ю.А. Лутай¹, С.И. Корнеева², И.В. Коломиец², В.И. Коломиец², А.А. Москалёв²,
А.М. Маркелова²*

¹ФГАОУ ВО «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Симферополь

²ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск

Острый инфаркт миокарда существенно снижает качество жизни пациентов, в том числе и в пожилом возрасте. Однако анализ качества жизни у таких пациентов проводится по опроснику, предназначенному как для здоровых и больных разного профиля – SF-36.

Цель исследования – анализ влияния острого инфаркта миокарда на показатели качества жизни пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы: Изучение качества жизни у 112 пожилых пациентов с острым инфарктом миокарда проведено по специальной кардиологической (специфической анкете). Контролем служили 85 пациентов 60-74 лет без острого инфаркта миокарда.

Результаты исследования: Установлено, что ведущими причинами, снижающими качество жизни пациентов 60-74 лет с наличием острого инфаркта миокарда, являются необходимость длительно лечиться и уменьшение активности в повседневной жизни. По всем составляющим качества жизни пациентов пожилого возраста основной и контрольной группы выявлены статистически значимые различия. Интегральный индекс качества жизни среди пациентов 60-74 лет с острым инфарктом миокарда практически в 5 раз ниже, чем у пациентов того же возраста без данного заболевания.

Заключение: Снижение качества жизни и основные причины у пациентов пожилого возраста с острым инфарктом миокарда необходимо учитывать при оценке состояния названных пациентов

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, пожилой возраст, качество жизни

THE MAIN REASONS FOR THE DECLINE IN QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

*Yu. A. Lutai¹, S. I. Korneeva², I. V. Kolomeets², V. I. Kolomiets², A. A. Moskalev²,
A. M. Markelova²*

¹*FGAOU VO "S. I. Georgievsky medical Academy", Ministry of health of the Russian Federation, Simferopol*

²*FGBOU VO «Kursk state medical university», Ministry of health of the Russian Federation, Kursk.*

Acute myocardial infarction significantly reduces the quality of life of patients, including in the elderly. However, the analysis of the quality of life in such patients is carried out using a questionnaire designed for both healthy and patients of different profiles – SF-36.

The purpose of this work is to analysis of the impact of acute myocardial infarction on the quality of life of elderly patients.

Material and methods: The study of the quality of life in 112 elderly patients with acute myocardial infarction was conducted using a special cardiological (specific questionnaire). 85 patients aged 60-74 years without acute myocardial infarction were monitored

Results: It was found that the leading causes that reduce the quality of life of patients 60-74 years old with acute myocardial infarction are the need for long-term treatment and a decrease in activity in everyday life. Statistically significant differences were found for all components of the quality of life of elderly patients in the main and control groups. The integral quality of life index among patients 60-74 years old with acute myocardial infarction is almost 5 times lower than in patients of the same age without this disease.

Conclusion: Reduced quality of life and the main causes in elderly patients with acute myocardial infarction should be taken into account when assessing the condition of these patients

Keywords: acute myocardial infarction, old age, quality of life

Проводимые мероприятия по снижению заболеваемости населения острым инфарктом миокарда (ОИМ) в различных странах не всегда достигают поставленной цели и частота данной патологии остаётся высокой и особенно в старших возрастных группах [1,2,3]. ОИМ существенно снижает качества жизни пациентов, приводя к инвалидизации и длительной временной нетрудоспособности и реабилитации. Вместе с тем качество жизни, наряду с другими критериями, позволяют всесторонне оценить влияние заболевания ОИМ на различные показатели состояния здоровья, социальное функционирование пациентов [4,5]. Показана также актуальность изучения качества жизни у больных ОИМ в качестве критериев результативности лечения. Параметры качества жизни пациентов ОИМ могут быть использованы для прогноза лечения и их выздоровления.

К настоящему моменту выполнено достаточное количество исследуемого качества жизни у пациентов ОИМ [4,5], его изучение проводилось по неспецифической анкете SF-36,

не позволяющей учесть особенности влияния ОИМ на отдельные составляющие качества жизни пациентов названного профиля. Редко проводится изучение качества жизни пациентов ОИМ по специальным опросникам, предназначенным для пациентов кардиологической патологии.

Цель исследования – анализ влияния острого инфаркта миокарда и артериальной гипертензии на показатели качества жизни пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. Изучение качества жизни проведено у 112 пациентов с ОИМ, проходивших стационарное лечение в 2018-2019гг. В исследование включались пациенты в возрасте 60-74 лет с верифицированным на основе принятых клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования ОИМ.

При изучении качества жизни применялась специфическая анкета, разработанная специалистами НИИ кардиологии [6]. Данная анкета позволяет выявить отношение пациента к происходящим событиям, в том числе к развитию заболевания, обуславливающего привычный характер повседневной жизни, что в конечном итоге влияет на качество жизни пациентов. Данная анкета позволяет установить характер произошедших изменений, их направление, структуру составляющих качеств жизни и вариации в образе жизни. Эти изменения необходимо оценивать, поскольку они могут влиять на состояние человека и иногда восприниматься им как отрицательно, так и положительно. Достоинством анкеты является её комплексность и изучение практически всех направлений жизнедеятельности человека, в том числе кардиологического пациента. Опрос пациентов проводился непосредственно исследователем, и ответы пациентов оценивались в баллах. После заполнения анкеты проводился подсчёт суммы баллов и определение средних арифметических значений.

При выполнении анкетирования получено письменное согласие на участие пациентов в исследовании.

Контролем служили 85 пациентов без ОИМ.

Оценка достоверности различий сравниваемых величин проводилась при помощи критерия Т-Уайта с достоверностью не менее $P < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Интегральный показатель качества жизни пожилых пациентов с ОИМ статистически значимо ниже в сравнении с контрольной группой – пациентами аналогичного возраста не имеющих ОИМ (рис.1).

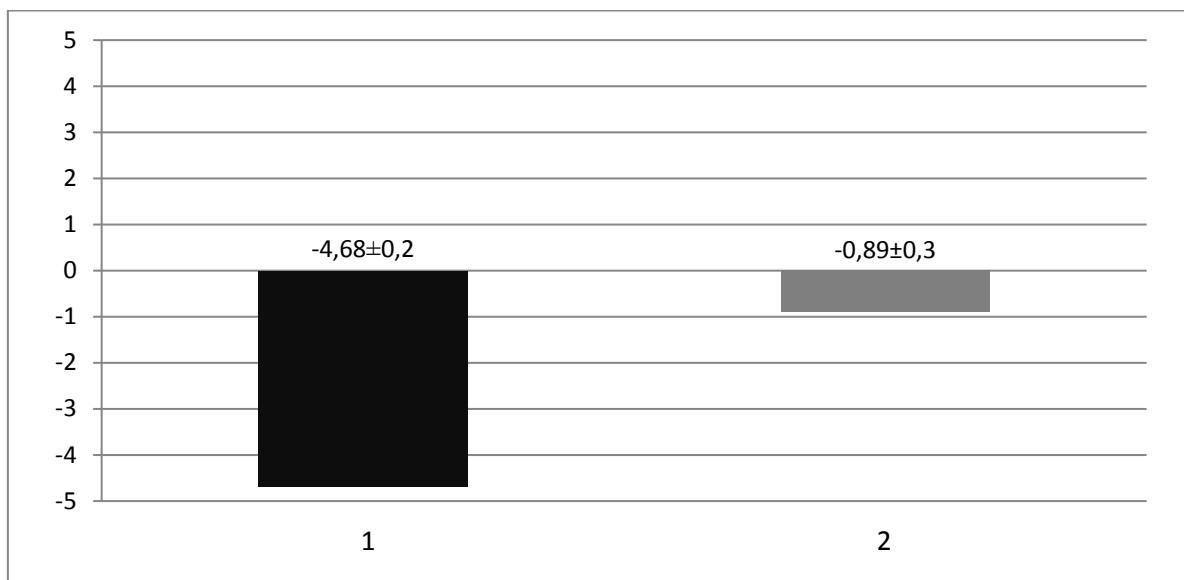


Рисунок 1. Интегральный уровень качества жизни пациентов 60-74 лет с наличием (1) и отсутствием (2) ОИМ. (По оси абсцисс – исследуемые группы пациентов, по оси ординат – качество жизни в баллах ($M \pm m$))

Данный критерий однозначно с достоверным различием ($P < 0,001$) свидетельствует о негативном влиянии ОИМ на уровень качества жизни лиц пожилого возраста. Развитие ОИМ существенно снижает величину интегрального показателя качества жизни среди представителей пожилого возраста.

Научный и практический интерес представляет анализ влияния развития ОИМ на составляющие качества жизни пациентов пожилого возраста. При выделении ведущих причин снижения качества жизни у пожилых пациентов при развитии ОИМ является необходимость длительно лечиться и уменьшение активности в быту и социальной сфере. Это негативно воспринимается большинством пациентов (табл.1). Указанные различия в величине среднего балла этих составляющих качества жизни пациентов с артериальной гипертензией и ОИМ статистически значимы. ($P < 0,001$).

Значения других причин в снижении качества жизни пациентов с рассмотренной патологией менее существенно. Вместе с тем высокий отрицательный балл, указывающий на снижение качества жизни, установлен для таких составляющих как ограничения в проведении досуга, уменьшение встреч с друзьями.

Таблица 1

Причины снижения качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией, ОИМ и без него в пожилом возрасте (M±m, баллы)

<i>Название причины</i>	<i>Пациенты 60-74 лет с ОИМ</i>	<i>Пациенты 60-74 лет без ОИМ</i>
Необходимость лечиться длительно	-1,36±0,03*	-1,08±0,04*
Изменение отношения родственников	-0,04±0,005*	-0,12±0,001*
Изменение отношения друзей и сослуживцев	-0,15±0,01*	-0,36±0,002*
Ограничения на работе (производстве)	-0,12±0,02*	-0,46±0,03*
Понижение в зарплате	-0,11±0,02*	-0,31±0,02*
Понижение в должности	+0,21±0,02*	+0,46±0,03*
Ограничения в проведении досуга	-1,05±0,04*	-0,63±0,02*
Уменьшение встречи с друзьями и близкими	-0,68±0,03*	-0,05±0,006*
Ограничения в занятиях физкультурой и спортом	+0,68±0,03*	+0,21±0,02*
Уменьшение активности в повседневной жизни	-1,85±0,05*	-0,75±0,04*
Ограничения в питании	-0,87±0,02*	+1,47±0,05*
Ограничение в курении	+0,32±0,03*	+0,62±0,04*
Ограничения в половой жизни	+0,34±0,03*	+0,11±0,02*

**Различия достоверно в сравниваемых группах*

При анализе причин снижения качества жизни у пациентов группы сравнения (возрастной контроль) установлены меньшие значения баллов, хотя первое место, как и у пациентов пожилого возраста, принадлежит необходимости длительно лечиться. Несколько меньший балл приходится на такую причину ухудшения качества жизни как уменьшение активности повседневной жизни. Однако в данной группе пациентов имеются составляющие качества жизни с положительным знаком (ограничения в питании, ограничения в курении, понижение в должности), позитивно влияющие на качество их жизни.

Достоверные различия в сравниваемых группах пациентов 60-74 лет имеются и по другим критериям качества жизни и указывают, что рассматриваемые заболевания существенно его снижают. Так, в названных группах пациентов установлены достоверные

различия по большинству показателей качества жизни, которые достоверны в сравнении с контролем ($P < 0,001$). Особенно это относится к ограничениям питания вследствие наличия заболевания.

В контрольной группе, напротив, в отличие пациентов основной группы величина данной составляющей существенно выше ($P < 0,001$) и имеют положительный знак, что указывает не на снижение качества жизни, а на то, что пациенты рады данному ограничению. Парадоксально, что пациенты пожилого возраста с ОИМ рады ограничениям в занятии физкультурой и спортом, а данная составляющая качества жизни не вызывает его снижения. Позитивно, но в меньшей степени пациенты 60-74 лет в связи с развитием ОИМ воспринимают ограничения в курении. Средний балл по этой составляющей качества жизни достоверно ниже в основной группе, чем в контрольной ($P < 0,001$).

При изучении отношения пациентов пожилого возраста к уменьшению активности в повседневной жизни, являющейся как показано ранее, выявлено, что большая часть пациентов с ОИМ переживает по данному поводу (табл.2).

Таблица 2

Отношение пациентов пожилого возраста с ОИМ и без ОИМ к уменьшению активности в повседневной жизни из-за болезни ($P \pm mp$, %)

<i>Критерий отношения</i>	<i>Пациенты 60-74 лет с ОИМ</i>	<i>Пациенты 60-74 лет без ОИМ</i>
Очень переживаю	64,9±4,5*	9,5±3,2*
Мне это неприятно	31,5±4,4*	13,2±3,7*
Отношусь без различия	2,0±1,3	4,2±2,2
Рад этому	0,0	0,0
Уменьшения активности нет	1,6±1,2*	73,1±4,8*
Итого	100,0	100,0

**Достоверное различие в сравниваемых группах*

Структура вариантов отношения в сопоставляемых группах пожилых пациентов противоположна и существенно различается, что, безусловно, связано с развитием ОИМ. Обращает внимание высокий процент пожилых пациентов очень переживающих по поводу возникновения данного заболевания. Низкий процент у пациентов 60-74 лет с наличием ОИМ установлен для такого критерия как отсутствие уменьшения активности в жизни.

По данным статьи Гринштейна Ю.И. [7] у больных с ОИМ значительно снижается физическая активность без выполнения ЧТКА. Данное ограничение качества жизни пациентов с ОИМ встречается в 38,0-44,0% случаев, если не выполняется реваскуляризация

коронарных артерий или другие чрезкожные коронарные вмешательства по сравнению с пациентами, подвергнутых этой манипуляции ($P < 0,05$). Снижение физической активности в 29,5% случаев наблюдалось у пациентов с ОИМ, получавших тромболитики к 12 месяцу наблюдения и характеризуется достоверно большей частью регресса качества жизни по указанной выше составляющей, нежели у пациентов со стентированием и ЧТКА ($p < 0,05$). Или ее ограничение было достоверно более выраженным в группе больных без реваскуляризации коронарных артерий и наблюдалось в 38,0 – 44,0% случаев ($p < 0,05$). Среди последних уменьшение по подшкале физической активности зарегистрировано только у 10,4% пациентов ОИМ. В период с 6 до 12 месяцев происходило наибольшее снижение качества жизни по критерию физической активности.

Качество жизни пациентов с рассматриваемыми патологиями во многом зависит от физических нагрузок (ФН), превышение которых значительно ухудшает показатели качества жизни. Плохая переносимость физических нагрузок негативно влияет на проведение пациентам с ОИМ досуга (поездки, прогулки), активность в повседневной жизни и быту, ограничение встреч с родственниками и друзьями и требует учёта при назначении врачом рекомендации.

В исследовании Мельдиной Ю.Н. [4] также было установлено ограничение жизнедеятельности по отдельным составляющим качества жизни. Наличие физической боли, её интенсивность и продолжительность существенно влияли на уменьшение показателя физической активности. В целом показатель физических компонентов качества жизни составил 37,56 против 40,8 для психологического компонента. Кроме того, между значением физической компоненты и сроком появления симптомов заболевания наблюдается обратная достоверная корреляция ($r = -0,45$, $p < 0,05$). Существенные различия в величинах психологической и физической компоненты среди пациентов отмечались у женщин. Существенное снижение данных параметров качества жизни зарегистрированы у пациентов с ожирением (50%) по отношению к пациентам с избыточной и нормальной массой тела. На качество жизни пациентов с ОИМ влияет также развитие повторного ИМ и значительно ухудшает прогноз заболевания и качество их жизни.

Заключение. Развитие ОИМ у пациентов пожилого возраста существенно снижает интегральный индекс качества жизни в сравнении с пациентами аналогичного возраста без ОИМ. Причины снижения качества жизни у пациентов 60-74 лет статистически значимо различаются и ведущими у пациентов с ОИМ выступают необходимость длительно лечиться

и уменьшение активности в повседневной жизни. Полученные характеристики качества жизни у пожилых пациентов с ОИМ следует учитывать при оценке их состояния.

Список литературы

1. Ильницкий А.Н., Ивко К.О., Фадеева П.А. Оценка когнитивной функции и качества жизни пожилых людей, связанного со здоровьем, под влиянием аэробных и анаэробных тренировок. Научные результаты биомедицинских исследований. 2018; 1: 16-26
2. Белоконова К.П. Прогностическое значение лактоферрина и цитокинов в оценке неблагоприятных исходов у больных с Q-образующим инфарктом миокарда, умерших от острой сердечной недостаточности. Кардиология: новости, мнения, обсуждения. 2016; 3: 75-82
3. Селитко С.П., Климов В.П., Шогенов С.З. Эндovasкулярное лечение острого трансмурального инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста: первый опыт. Клиническая геронтология. 2009; 15(4-5): 34-38
4. Мельдина Ю.Н. Качество жизни больных инфарктом миокарда на современном этапе. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017; 7(5): 745
5. Дедов Д.В. Анализ и сравнение характеристик качества жизни при интервенционном и консервативном лечении больных стабильной формой ишемической болезни сердца (результаты длительного наблюдения). Тверской медицинский журнал. 2015; 2: 99-110
6. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология. 1982; 2: 100-103
7. Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В., Губич С.Г. Качество жизни больных, перенесших острый инфаркт миокарда с различными видами реваскуляризации. Сибирское медицинское обозрение. 2006; 6(43): 50-53

References

1. Pnitsky A. N., Ivko K. O., Fadeeva P. A. Ocenka kognitivnoi funkicii i kachestva jizni pojilih lyudei, svyazannogo so zdorovem, pod vliyanie aerobnih i anaerobnih trenirovok [Assessment of cognitive function and health-related quality of life of elderly people under the influence of aerobic and anaerobic training]. Nauchnie rezultati biomedicinskih issledovaniy [Scientific results of biomedical research]. 2018; 1: 16-26
2. Belokoneva K. P. Prognosticheskoe znachenie laktoferrina i citokinov v ocenke neblagopriyatnih ishodov u bolnih s Q-obrazuyuschim infarktom miokarda, umershih ot ostroi

serdechnoi nedostatochnosti [Prognostic value of lactoferrin and cytokines in the assessment of adverse outcomes in patients with Q-forming myocardial infarction who died from acute heart failure]. *Kardiologiya: novosti, mneniya, obsujdeniya* [Cardiology: news, opinions, discussions]. 2016; 3: 75-82

3. Semitko S. P., Klimov V. P., Shogenov S. Z. Endovaskulyarnoe lechenie ostrogo transmuralnogo infarkta miokarda u bolnih pojilogo i starcheskogo vozrasta: pervii opit [Endovascular treatment of acute transmural myocardial infarction in elderly and senile patients: first experience]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical gerontology]. 2009; 15(4-5): 34-38

4. Meldina Yu. N. Kachestvo jizni bolnih infarktom miokarda na sovremennom etape [Quality of life of patients with myocardial infarction at the present stage]. *Byulleten medicinskih internet-konferencii* [Bulletin of medical internet conferences]. 2017; 7(5): 745

5. Dedov D. V. Analiz i sravnenie harakteristik kachestva jizni pri intervencionnom i konservativnom lechenii bolnih stabilnoi formoi ishemicheskoi bolezni serdca (rezultati dlitel'nogo nablyudeniya) [Analysis and comparison of quality of life characteristics in interventional and conservative treatment of patients with stable coronary heart disease (results of long-term follow-up)]. *Tverskoi medicinskii jurnal* [Tver medical journal]. 2015; 2: 99-110

6. Gladkov A. G., Zaitsev V. P., Aronov D. M. Ocenka kachestva jizni bolnih s serdechno-sosudistimi zabolevaniyami [Assessment of the quality of life of patients with cardiovascular diseases]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 1982; 2: 100-103

7. Grinstein Yu. I., Kusaev V. V., Gubich S. G. Kachestvo jizni bolnih, perenessih ostrii infarkt miokarda s razlichnimi vidami revaskulyarizacii [Quality of life of patients who have suffered acute myocardial infarction with various types of revascularization]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie* [Siberian medical review]. 2006; 6(43): 50-53

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Financing: The study did not sponsorship.

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

Сведение об авторе

Лутай Юлия Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ФГАОУ ВО «Медицинская академия имени С.И. Фёдоровского, 295007, Симферополь, бульвар Ленина 5/7, 8-(4792)-33-46-49, e-mail: anton-titov-2001@mail.ru, SPIN-код: 3797-4446, ORCID: 0000-0003-1318-1069

Корнеева Снежана Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», 305004, г. Курск, К. Маркса, 3, т. 8-906-851-31-42, E-mail: mitikhina2@mail.ru, SPIN-код: 8665-3620, ORCID: 0000-0003-1793-4822

Коломиец Игорь Вячеславович - ординатор «Курский государственный медицинский университет, 305041, г. Курск. К.Маркса,3, E-mail: kurskmed@mail.ru

Коломиец Всеволод Игоревич - ординатор «Курский государственный медицинский университет, 305041, г. Курск. К.Маркса,3, E-mail: kurskmed@mail.ru, SPIN-код: 7797-7436, ORCID: 0000-0001-8074-3776

Москалёв Александр Александрович – студент ФГБОУ «Курский государственный медицинский университет, 305041, г. Курск. К.Маркса,3, E-mail: kurskmed@mail.ru

Маркелова Александра Михайловна – сотрудник фармацевтического факультета ФГБОУ «Курский государственный медицинский университет, 305041, г. Курск. К.Маркса,3, E-mail: kurskmed@mail.ru, SPIN-код: 6119-5617, ORCID: 0000-0003-1942-7234

Information about author

Lutai Yulia Alexandrovna - candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of therapy, S. I. Fedorovsky Medical Academy, 295007, Simferopol, Lenin Boulevard 5/7, 8-(4792)-33-46-49, e-mail: anton-titov-2001@mail.ru, SPIN-код: 3797-4446, ORCID: 0000-0003-1318-1069

Korneeva Snezhana Ivanovna – candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of therapy of THE Kursk state medical University, 305004, Kursk, K. Marx, 3, vol. 8-906-851-31-42 E-mail: mitikhina2@mail.ru, SPIN-код: 8665-3620, ORCID: 0000-0003-1793-4822

Kolomiets Igor Vyacheslavovich - resident "Kursk state medical University, 305041, Kursk. K. Marx,3, E-mail: kurskmed@mail.ru, SPIN-код: 7797-7436, ORCID: 0000-0001-8074-3776

Kolomiets Vsevolod Igorevich - intern "Kursk state medical University 305041, Kursk. K. Marx,3, E-mail: kurskmed@mail.ru, SPIN-код: 7797-7436, ORCID: 0000-0001-8074-3776

Moskalev Alezander Alezandrovich – student of KURSK state medical University, 3, Kursk, 305041, E-mail: kurskmed@mail.ru

Markelova Alexandra Mikhailovna – employee of the faculty of pharmacy, Kursk state medical University, 305041, Kursk. K. Marx,3, , E-mail: kurskmed@mail.ru, SPIN-код: 6119-5617, ORCID: 0000-0003-1942-7234

Статья получена: 05.06.2020 г.
Принята к публикации: 15.12.2020 г.