

© Кабаргина А.И., Лопатин Ю.М., 2021
DOI 10.21886/2712-8156-2021-2-3-40-47

СПОСОБНОСТЬ К САМОПОМОЩИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ: В ЧЁМ ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

А.И. Кабаргина^{1,2}, Ю.М. Лопатин^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия
²ГБУЗ Волгоградский областной клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия

Цель: оценка навыков самопомощи и качества жизни пациентов с хроническими коронарными синдромами (ХКС). **Материал и методы:** в исследовании приняли участие 100 последовательно поступивших в кардиологические отделения больных со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС). У всех поступивших оценивались социо-демографические показатели (семейный статус, уровень образования, профессия, наличие инвалидности по всем причинам, субъективная оценка дохода), качество жизни (при помощи опросников SF-36, SAQ), уровни выраженности тревоги и депрессии (шкала HADS), тип личности Д (опросник DS-14), приверженность к лечению (4-вопросная шкала комплаентности Мориски-Грина), индекс коморбидности Чарлсона, опросник способности к самопомощи The Self Care of Coronary Heart Disease Inventory. Обработка данных проводилась с применением описательной статистики, применены корреляционный и дисперсионный анализы. **Результаты:** тип личности Д был выявлен у 60 человек ($10,2 \pm 5,6$) по шкале негативной возбудимости, у 59 человек ($10,4 \pm 3,7$) — по шкале социального ингибирования. Повышенный уровень тревоги выявлен у 48 пациентов ($7,6 \pm 3,5$), депрессии — у 49 человек ($7,1 \pm 3,4$). Средние значения физического компонента качества жизни по анкете SF-36 составили $36,9 \pm 18,7$ и $45,9 \pm 19,6$ баллов соответственно. Ассоциированное со стенокардией напряжения качество жизни, согласно опроснику SAQ, составило по шкале ограничения физических нагрузок $48,8 \pm 19,7$ баллов, стабильности приступов — $49,7 \pm 28,2$ баллов, удовлетворенности лечением — $70,5 \pm 17,8$ баллов. Приверженность к лечению по шкале Мориски-Грина составила в среднем $2,5 \pm 1,2$ (Me: 2, [2,4]). Способность к самопомощи по шкале А составила $61,3 \pm 12,2$ баллов, по шкале Б — $49,0 \pm 16,2$ баллов, по шкале В — $32,3 \pm 14,5$ баллов. В группах ХКС статистически значимые различия ($p < 0,05$) были выявлены по шкале А и шкале Б. Значимые различия в способности к самопомощи получены среди групп пациентов, имеющих и не имеющих постинфарктный кардиосклероз в анамнезе. **Заключение:** способность к самопомощи и качество жизни российской популяции коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами неудовлетворительны, что требует активного медицинского вмешательства и разработки инструментов для их эффективной модификации.

Ключевые слова: хронические коронарные синдромы, ишемическая болезнь сердца, способность к самопомощи, качество жизни.

Для цитирования: Кабаргина А.И., Лопатин Ю.М. Способность к самопомощи и качество жизни коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами: в чём их взаимосвязь? Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2021;2(3):40-47. DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-3-40-47

Контактное лицо: Асия Игоровна Кабаргина, kabargina.a.i@gmail.com

SELF-CARE AND QUALITY OF LIFE IN COMORBID PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROMES: IS THERE ANY CORRELATION?

A.I. Kabargina^{1,2}, Yu. M. Lopatin^{1,2}

¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

²Volgograd Regional Clinical Cardiology Center, Volgograd, Russia

Aim: to assess self-care skills and quality of life in patients with chronic coronary syndromes (CCS). **Material and methods:** the study involved 100 consecutive patients with stable coronary heart disease (CHD) admitted to cardiology departments. All patients admitted to the clinic underwent standard examination and treatment, taken in the management of patients with CCS. Besides, we assessed socio-demographic properties (marital status, education level, profession, disability for all reasons, income level), quality of life (using SF-36, SAQ questionnaires), levels of anxiety and depression (HADS scale), type D personality (DS-14 questionnaire), treatment adherence (Four-Item Morisky-Green-Levine medication adherence scale), Charlson

comorbidity index, The Self Care of Coronary Heart Disease Inventory. Data processing was carried out using descriptive statistics, correlation and variance analysis. **Results:** type D personality was identified in 60 patients (10.2 ± 5.6) on the scale of negative excitability, in 59 people (10.4 ± 3.7) — on the scale of social inhibition. An increased level of anxiety was found in 48 patients (7.6 ± 3.5), depression — in 49 people (7.1 ± 3.4). The average values of the physical component of the quality of life according to the SF-36 questionnaire were 36.9 ± 18.7 and 45.9 ± 19.6 points, respectively. The quality of life associated with exertional angina pectoris, according to the SAQ questionnaire, was 48.8 ± 19.7 points on the scale of limiting physical activity, 49.7 ± 28.2 points for seizure stability, and 70.5 ± 17.8 points for satisfaction with treatment. Treatment adherence according to the Morisky-Green scale was, on average, 2.6 ± 1.2 (Me: 2, [2.4]). Self-care skills on the scale A was 61.3 ± 12.2 points, on the scale B — 49.0 ± 16.2 points, on the scale C — 32.3 ± 14.5 points. In groups of CCS, significant ($p < 0.05$) differences were found on the scales A and B. Significant differences in the self-care skills were obtained among the groups of patients with and without a history of postinfarction cardiosclerosis. **Conclusion:** the capacity for self-care skills and the quality of life of Russian comorbid patients with CCS is unsatisfactory, which requires active medical intervention and the development of tools for their effective modification.

Key words: chronic coronary syndromes, coronary heart disease, self-care, quality of life

For citation: Kabargina A.I., Lopatin Yu. M. Self-care and quality of life in comorbid patients with chronic coronary syndromes: is there any correlation? *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2021;2(3):40-47. DOI: 10.21886/2712-8156-2021-2-3-40-47

Corresponding author: Aksiniya I. Kabargina, kabargina.a.i@gmail.com

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является лидирующей нозологией среди причин смертности и сокращения продолжительности полноценной жизни, фактором, значительно влияющим на качество жизни (КЖ) пациента. [1] Согласно Рекомендациям по лечению стабильной ИБС [2, 3], одной из двух глобальных задач, стоящих перед врачом при лечении ИБС, помимо улучшения кардиального прогноза, является повышение уровня КЖ пациентов.

Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2016 г.) [4], а также по диагностике и лечению хронических коронарных синдромов (ХКС) (2019 г.) [2] уделяют значительное внимание необходимости налаживания доверительных отношений с лечащим врачом, просветительской работы, обучения пациентов модификации образа жизни, самопомощи, мониторингу состояния. Самообслуживание или самопомощь представляют собой широкую развивающуюся концепцию заботы о своём здоровье не только перед лицом болезни, но также и в поддержании здорового образа жизни, в профилактике заболеваний.

Несмотря на высокую значимость навыков самопомощи пациентов с хроническими заболеваниями, российские исследователи наравне с зарубежными авторами в своих работах уделяют этому показателю значительно меньше внимания. Разработанная русскоязычная версия опросника самопомощи пациентов с ИБС «The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory» (SC-CHDI) обладает достаточными психометрическими показателями и была признана валидным инструментом оценки способ-

ности к самообслуживанию пациентов с ИБС [5].

Цель исследования — оценка навыков самопомощи и качества жизни пациентов с хроническими коронарными синдромами.

Материал и методы

В исследование были включены 100 коморбидных больных с хроническими коронарными синдромами (ХКС) (43 женщины) в возрасте старше 18 лет (средний возраст $66,0 \pm 5,3$ лет), последовательно поступивших в отделения ГБУЗ Волгоградского областного клинического кардиологического центра. В исследование были включены пациенты с установленным диагнозом «ИБС. Стенокардия напряжения I – III, IV (после медикаментозной стабилизации в течение минимум семи дней) функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов», добровольно подписавших согласие на участие в исследовании. Исключались пациенты с явными когнитивными нарушениями, которые могли помешать пониманию вопросов опросников, основываясь на зарегистрированных в историях болезней данных. Число пациентов в I – VI группах клинических сценариев ХКС [2] составило 41, 6, 5, 30, 16 и 2 человека соответственно. В анамнезе 46 пациентов был документирован инфаркт миокарда, 37 больных переносили коронарную реваскуляризацию (27 человек — посредством чрескожного коронарного вмешательства, 10 респондентов — посредством аорто-коронарного шунтирования). Исследование зарегистрировано локальным комитетом по этике ФГБОУ ВО ВолгГМУ, всеми участниками было подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Поступившим в клинику пациентам проводили стандартное обследование, принятое при ведении пациентов с ХКС, оценивались социодемографические показатели (семейный статус, уровень образования, профессия, наличие инвалидности по всем причинам, субъективная оценка дохода), функциональный класс стенокардии напряжения, согласно Канадской классификации (CCS). Оценка приверженности к лечению проводилась по 4-вопросной шкале комплаентности Мориски-Грина [6] (достаточная приверженность к лечению при сумме ≥ 3 баллов), сопутствующие заболевания анализировались при помощи вычисления индекса коморбидности Чарлсона [7]. Для изучения качества жизни, личностных характеристик, уровня тревожности и депрессии пациентов использовались следующие инструменты: анкета The Short Form-36 (SF-36) [8] для оценки общего КЖ (КЖ тем выше, чем больше сумма баллов при максимуме в 100 баллов), *Сиэтловский* опросник для больных со стабильной стенокардией (Seattle Angina Questionnaire — SAQ) [9] для оценки ассоциированного со стенокардией напряжения КЖ (КЖ тем выше, чем больше сумма баллов), госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS [10] (тревога и / или депрессия диагностируется при сумме ≥ 8 баллов по одной или двум шкалам, клинически выраженные — при сумме ≥ 11 баллов), опросник DS-14 [11] (тип личности Д диагностируется при сумме баллов более 10 по одной из шкал). Для оценки способности к самопомощи использовался опросник The Self Care of Coronary Heart Disease Inventory [5] (более высокие баллы отражают большую способность к самообслуживанию). Сердечно-сосудистая терапия назначалась согласно Рекомендациям [2, 3].

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics 22 для Windows. Нормальное распределение распределений непрерывных переменных проверялось с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Описательные статистические данные (абсолютные (n) и процентные частоты (в процентах)) использовались для оценки распределения анализируемых характеристик в выбранной выборке. Количественные данные представлены в виде среднего арифметического (M) со стандартным отклонением (σ), в случае выявления распределения, отличного от нормального, — медиана (Me) [25-й, 75-й перцентили]. Для оценки степени выраженности связей показателей применялся корреляционный анализ, оценка силы связей проводилась при помощи коэффициента корреляции Спирмена (r) ($0 < r \leq 0,3$ — значения слабо зависимы, $0,3 < r \leq 0,8$ — умеренно зависимы, $0,8 < r \leq 1$ — сильно зависимы). При уровне значимости $p < 0,05$ раз-

личия в признаках в исследуемых группах считались статистически достоверными. Для сравнения непараметрических параметров в двух независимых группах применялся U-критерий Манна-Уитни, в трех группах — дисперсионный анализ ANOVA, в шести группах — критерий Краскела-Уоллиса (во всех сравнениях различия в группах достоверны при $p < 0,05$).

Результаты

Результаты оценки социо-демографических, клинико-диагностических показателей, назначенной терапии приведены в табл. 1.

Среди пациентов преобладали лица с окончанным высшим и средним специальным образованием, состоящие в браке, субъективно имеющие средний доход. Только у 12 человек из выборки имелась инвалидность любой группы по любой из причин. В абсолютном большинстве случаев среди сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы значились гипертоническая болезнь (96%) и хроническая сердечная недостаточность (98%), при этом атеросклероз брахиоцефальных артерий был диагностирован у 46% пациентов. Среди внесердечной патологии преобладали заболевания эндокринной и пищеварительной систем. В 97% случаев пациенты получали ритм-урежающую терапию, в 95% — ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Антитромбоцитарная терапия назначалась в 80% случаев, все участвовавшие пациенты получали гиполипидемическую терапию.

При исследовании личностных характеристик пациентов тип личности Д был выявлен у 60 человек по шкале негативной возбудимости (при средних значениях $10,2 \pm 5,6$) и у 59 человек — по шкале социального ингибирования ($10,4 \pm 3,7$). Согласно опроснику HADS, повышенный уровень тревоги был выявлен у 48 пациентов ($7,6 \pm 3,5$), депрессии — у 49 человек ($7,1 \pm 3,4$), клинически значимая тревога и депрессия — у 19 и 18 респондентов соответственно. При оценке качества жизни пациентов уровни физического и психологического компонентов по анкете SF-36 менее 50 баллов были обнаружены у 85 и 73 респондентов соответственно, при средних показателях $36,9 \pm 18,7$ и $45,9 \pm 19,6$. Самые низкие показатели были выявлены по шкалам ролевого функционирования, обусловленного как физическим, так и эмоциональным состоянием. Они составили менее 50 баллов у 83 ($15,3 \pm 28,6$; Me: 0 [0, 25]) и 81 ($26,1 \pm 36,8$; Me: 0 [0, 33]) пациента соответственно. Ассоциированное со стенокардией напряжения качество жизни, согласно опроснику SAQ, было ниже отметки в 50 баллов по шкалам ограничения физических нагрузок ($48,8 \pm 19,7$), стабильности

Таблица 1

Результаты социо-демографической, клинико-диагностической, терапевтической характеристик пациентов, участвовавших в исследовании

Параметр	Показатель
Возраст (лет), М±σ	66,0±5,3
Пол: мужской / женский, n	57 / 43
Образование: неоконченное среднее / среднее / среднее профессиональное / неоконченное высшее / высшее, n	2 / 20 / 40 / 3 / 35
Семейное положение: в браке (в том числе сожительство) / в разводе / вдовец (вдова), n	60 / 10 / 30
Род деятельности: пенсионер / работник физического труда / работник умственного труда / безработный, n	88 / 4 / 3 / 5
Инвалидность по любой из причин, n	12
Субъективный уровень дохода: крайне низкий / низкий / средний / выше среднего / высокий, n	5 / 51 / 42 / 1 / 1
Клинический сценарий ХКС: I (лица с подозрением на ИБС, с симптомами стабильной стенокардии, и/или одышкой), II (лица с впервые возникшей сердечной недостаточностью или дисфункцией левого желудочка и подозрением на ИБС), III (пациенты, у которых стабилизация симптомов произошла в сроки менее одного года после ОКС, или пациенты с недавней реваскуляризацией), IV (бессимптомные и симптомные пациенты в сроки более одного года после первичной диагностики ИБС или реваскуляризации), V (пациенты с клиникой стенокардии и подозрением на её вазоспастический или микрососудистый характер), VI (бессимптомные лица, у которых при скрининге выявлена ИБС), n	41 / 6 / 5 / 30 / 16 / 2
Функциональный класс стенокардии по CCS I/II/III, n	6/76/18
Давность коронарного анамнеза, (Ме; [25-й; 75й процентиля])	5 [2;12]
Сопутствующая сердечно-сосудистая патология:	
Гипертоническая болезнь, n	96
Фибрилляция предсердий, n (пароксизмальная, n / хроническая, n)	29 (18/11)
ХСН, n (по NYHA: ФК 1 / ФК 2 / ФК 3, n)	98 (6 / 72 / 20)
ХСН по ФВ: сниженная (менее 40%) / промежуточная (40% – 49%) / сохраненная (более 50%), n (М±σ)	5 (25,6±5,2) / 11 (45,2±2,1) / 81 (62,7±5,6)
Атеросклероз брахицефальных артерий, n	46
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, n	8
Сопутствующая внесердечная патология:	
Патология эндокринной системы: СД 2 типа (в том числе осложненный), n / гипотиреоз, n / гипертиреоз, n / подагра, n	36 (18) / 10 / 3 / 5
Патология легких: ХОБЛ, n / Бронхиальная астма, n	15 / 4
Патология ЖКТ: ЯБЖ, n / хронический гастрит, гастродуоденит, n / хронический панкреатит, n / хронический холецистит, n	17 / 38 / 15 / 9
Патология почек: хронический пиелонефрит, n / мочекаменная болезнь, n	20 / 31
Онкологические заболевания в анамнезе, n	3
Индекс коморбидности Чарлсона, (Ме; [25-й, 75й процентиля])	5 [4;7]
Сердечно-сосудистая терапия:	
Ритмурежающая терапия, n (бета-блокаторы, n / недигидропиридиновые антагонисты кальция, n / ивабрадин, n)	97 (93 / 1 / 3)
Ингибиторы РААС, n (иАПФ, n / сартаны, n)	95 (59 / 36)
Гиполипидемическая терапия, n (статины, n / эзетимиб, n / фибраты, n)	100 (100 / 1 / 1)
Антитромбоцитарная терапия, n (одинарная, n / двойная, n)	80 (64 / 16)
Другие антиишемические препараты, n (длительные нитраты, n / никорандил, n / триметазидин, n / ранолазин, n)	33 (24 / 2 / 19 / 0)
Дигидропиридиновые антагонисты кальция, n	63
Диуретики, n (антагонисты минералокортикоидных рецепторов, n / петлевые, n / тиазидные (тиазидоподобные), n)	61 (37 / 23 / 24)

Примечание: ХКС — хронический коронарный синдром, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ФВ — фракция выброса, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, СД 2 типа — сахарный диабет 2 типа, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ЯБЖ — язвенная болезнь желудка, РААС — ренин-ангиотензин альдостероновая система, иАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

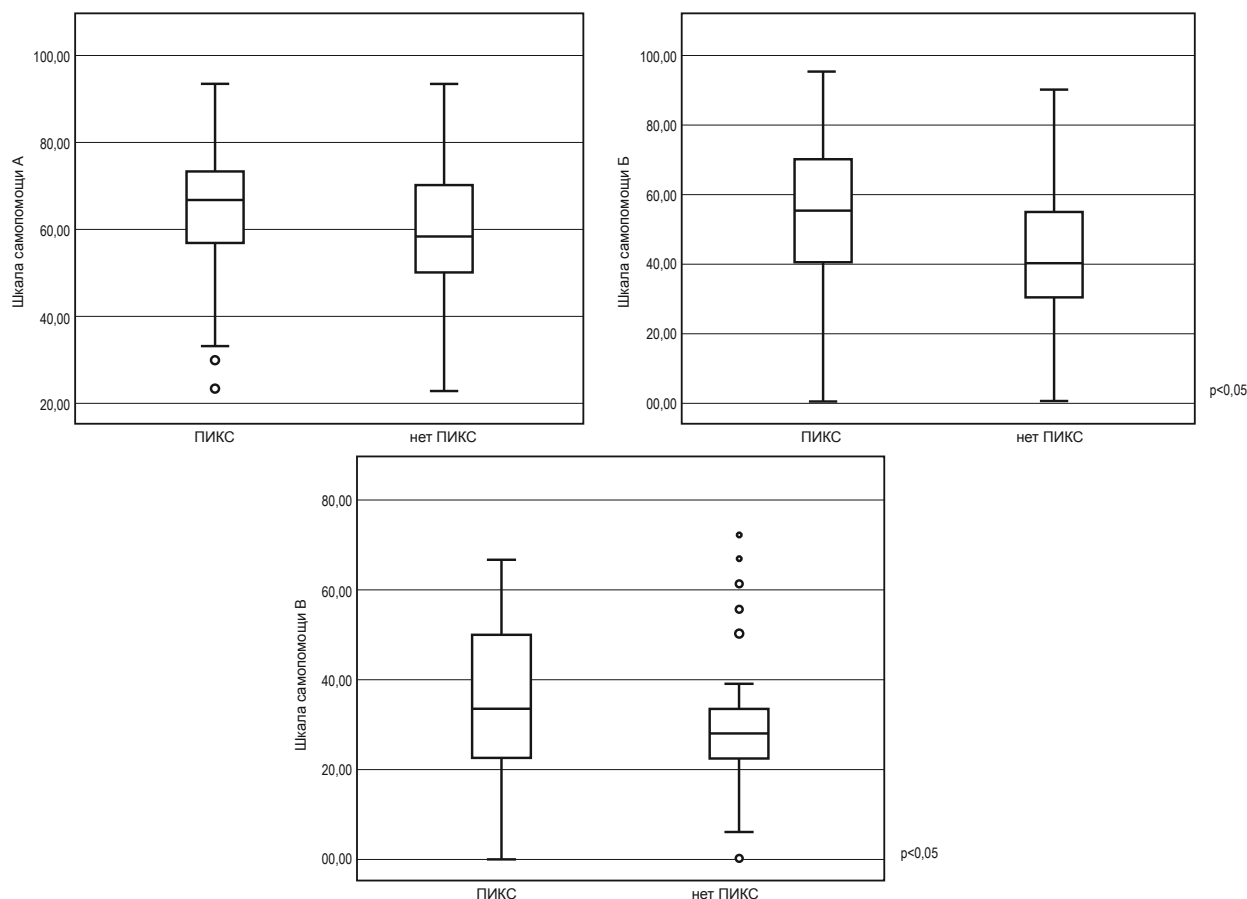


Рисунок 1. Способность к самопомощи в группах пациентов, имеющих и не имеющих ПИКС в анамнезе.

приступов ($49,7 \pm 28,2$) и отношения к болезни ($42,0 \pm 17,2$). Наибольший показатель наблюдался по шкале удовлетворенности лечением: 56 респондентов набрали более 70 баллов ($70,5 \pm 17,8$). Приверженность к лечению по шкале Мориски-Грина составила в среднем $2,5 \pm 1,2$ (Ме: 2, [2,4]). При сравнении шести групп ХКС в зависимости от клинического сценария значимые ($p < 0,05$) различия были получены по давности ХКС (наибольшие — в I группе ($6,0 \pm 0,9$ лет), наименьшие — во II группе ($0,4 \pm 0,2$ лет)) и индексу коморбидности Чарлсона (наибольшие — в IV группе ($6,5 \pm 0,4$), наименьшие — во II группе ($3,7 \pm 0,7$)).

При оценке способности к самопомощи наибольшая средняя сумма баллов по опроснику наблюдалась по шкале А, составив $61,3 \pm 12,2$. Сумма баллов по шкале Б имела средние показатели на уровне $49,0 \pm 16,2$, в то время как по шкале В выявлены наименьшие показатели — $32,3 \pm 14,5$. В группах ХКС достоверные ($p < 0,05$) различия были выявлены по шкале А (наибольшие — в III группе ($5,3 \pm 4,0$), наименьшие — во II группе ($48,8 \pm 4,4$)) и шкале Б (максимум — в IV группе ($54,7 \pm 3,5$), минимум — во II группе ($30,3 \pm 4,2$)). Проведенный дисперсионный анализ ANOVA в группах пациентов, различных по

функциональному классу стенокардии, наличию реваскуляризации миокарда (ЧКВ и/или АКШ) в анамнезе, также не выявил статистически значимых различий по способности к самопомощи и качеству жизни. При сравнении групп пациентов, имеющих ПИКС в анамнезе ($n = 47$) и не имеющих ($n = 53$), получены достоверные различия в способности к самопомощи по шкалам Б и В (рис. 1). При сравнении качества жизни в перечисленных выше группах сравнения значимых различий получено не было.

Обсуждение

Представлено первое в Российской Федерации исследование по оценке навыков самообслуживания, а также качества жизни коморбидных пациентов с различными клиническими сценариями хронических коронарных синдромов.

Результаты исследования показывают, что средний общий балл по трём факторам (поддержание самообслуживания, управление самообслуживанием и уверенность в самопомощи) варьировался в среднем от 32,3 до 61,3 баллов по всем шкалам. Аналогично проведенные исследования способности к самопомощи на литовской

[12] и исландской [13] популяциях пациентов с ИБС показали сопоставимые результаты: средние показатели по трем шкалам составляли от 52,3 до 61,6 баллов и от 41,0 до 54,4 баллов соответственно. Поскольку показатель самообслуживания является недавним, критерии адекватного уровня самообслуживания для этой группы пациентов неизвестны. Тем не менее, исследования по аналогичным опросникам других нозологий показали, что ≥ 70 баллов по каждому из трёх факторов указывают на адекватное самообслуживание [14, 15]. Если принять во внимание эти критерии, самообслуживание пациентов с ИБС в российской популяции можно считать неудовлетворительным и требующим модификации. Анализ выявленных в группах пациентов с ХКС различий в самопомощи помогает предположить, что пациенты, перенёвшие ОКС менее 1 года назад или недавнюю реваскуляризацию (группа III), будут проявлять лучшее поддержание самопомощи (шкала А) в связи с проведёнными реабилитационными и образовательными мероприятиями, большей мотивированностью к ведению здорового образа жизни, чем, например, пациенты с новым эпизодом сердечной недостаточности или дисфункцией левого желудочка и подозрением на ИБС (группа II). Шкала управления самопомощью отражала более высокие показатели в группе пациентов, которым выставлен диагноз ИБС или выполнена реваскуляризация миокарда более года назад (IV), по сравнению со II группой, что можно объяснить недостатком знаний и малым опытом распознавания симптоматики заболевания.

Результаты анализа личностных характеристик пациентов обнаружили превалирование типа личности Д среди респондентов (более 80%). Проведённые ранее исследования [16 – 18] показали, что тип личности Д является независимым предиктором развития сердечных событий, как и дисфункция левого желудочка. Психологический стресс и тип личности Д были связаны с почти втрое большим риском развития внезапной сердечной смерти, острого инфаркта миокарда, а также необходимостью выполнения аорто-коронарного шунтирования и чрескожного коронарного вмешательства в течение пяти лет. Кроме того, отмечалось, что посещение пациентами реабилитационных программ приводило к снижению уровня дистресса, что в свою очередь имело положительное влияние на кардиальный прогноз [19]. Клинически значимая тревожность и депрессия среди пациентов, выявленная в 19% и 18% случаев соответственно, согласно исследованиям [20], может увеличить в 1,5 – 2 раза риск развития сердечно-сосудистых катастроф и смерти от сердечных и внесердечных причин. По данным Versteeg H. et al. [21] исключительно депрессия ассоциирована с высоким риском ле-

тальных исходов в течение пяти лет. Кроме того, депрессивные состояния связывают со значимо большим числом и длительностью госпитализаций по кардиальным причинам, а тревожность — с увеличением продолжительности госпитализаций [21]. Обращают на себя внимание низкие усреднённые показатели общего и ассоциированного со стенокардией напряжения качества жизни пациентов, что говорит о недостаточном контроле над заболеванием. Результаты шкал ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием, анкеты SF-36 свидетельствуют о значительном ограничении повседневной деятельности респондентов по причинам физических трудностей, а также о снижении уровня их общения из-за ухудшения физического и эмоционального состояния. Высокие показатели удовлетворённости лечением, согласно опроснику SAQ, были получены более чем у половины пациентов, однако данный показатель может быть недостоверным: ретестовая надёжность шкалы низка [22], поэтому вполне возможно, что состояние здоровья и качество жизни пациента может улучшиться, но их удовлетворённость лечением в дальнейшем не изменится. Анализ показателей приверженности к лечению ($2,5 \pm 1,2$ (Me: 2, [2,4])) позволяет говорить о недостаточной комплаентности пациента, что может быть причиной учащения госпитализаций и ухудшения прогноза заболевания.

Вероятной причиной более высоких показателей способности к самопомощи у пациентов, перенёвших в прошлом инфаркт миокарда, является большая осведомлённость о заболевании и обученность саморегуляции и навыкам ведения здорового образа жизни. В аналогичном исследовании [12] показатели способности к самопомощи были достоверно выше у пациентов, обладающих лучшими знаниями об ИБС, оценёнными с помощью анкеты CADE-Q [23], которая, однако, не была валидирована в Российской Федерации. Планируется продолжение поиска взаимосвязей и коррелируемых показателей способности к самопомощи, в том числе с разработкой новых инструментов.

Заключение

Способность к самопомощи и качество жизни российской популяции коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами неудовлетворительны, что требует активного медицинского вмешательства и разработки инструментов для их эффективной модификации.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю. Исследование ПРО-НОЗ ИБС. Новые данные по отдаленному наблюдению. *Профилактическая медицина*. 2016;19(1):30-36. doi:10.17116/profmed201619130-36
2. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020;41(3):407-477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425
3. Российское кардиологическое общество (РКО). Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):4076. doi:10.15829/1560-4071-2020-4076
4. Authors/Task Force Members, Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(11):NP1-NP96. DOI: 10.1177/2047487316653709
5. Кабаргина А.И., Лопатин Ю.М. Валидность и надежность русскоязычной версии опросника способности к самопомощи "The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory" при хронических коронарных синдромах. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(9):3961. Doi: 10.15829/1560-4071-2020-3961
6. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007
7. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994;47(11):1245-51. doi: 10.1016/0895-4356(94)90129-5
8. Ware JE. SF-36 Health Survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3130-9. doi: 10.1097/00007632-200012150-00008
9. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonnell M, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina questionnaire: A new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 1995;25(2):333-41. doi: 10.1016/0735-1097(94)00397-9
10. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277-83. doi: 10.1016/S0163-8343(03)00043-4
11. O'Dell KR, Masters KS, Spielmanns GI, Maisto SA. Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. *J Psychosom Res*. 2011;71(4):199-206. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.01.009
12. Kuodytė L. *Sergančiųjų išemine širdies liga savirūpos ir žinių*. 2019.
13. Svavarsdóttir MS, Sæmundsdóttir KG, Ingadóttir B. Risk factors and self care of individuals with coronary heart disease: cross sectional study. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*. 2020;96(1):76-83.
14. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):485-97. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0
15. Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER, Ávila CW, Beltrami Moreira L, Dickson VV, Riegel B. Cross-cultural Adaptation of the Self-care of Hypertension Inventory Into Brazilian Portuguese. *J Cardiovasc Nurs*. 2018;33(3):289-295. doi: 10.1097/JCN.0000000000000442. PMID: 28731915.
16. Pedersen SS, Middel B. Increased vital exhaustion among type-D patients with ischemic heart disease. *J Psychosom Res*. 2001;51(2):443-9. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00203-3. PMID: 11516767.
17. Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, Conraads VM. Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 2006;97(7):970-3. DOI: 10.1016/j.amjcard.2005.10.035.
18. Pelle AJ, Denollet J, Zwisler AD, Pedersen SS. Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure: are we there yet? *J Affect Disord*. 2009;113(1-2):150-6. doi: 10.1016/j.jad.2008.05.017
19. Denollet J, Brutsaert DL. Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation. *Circulation*. 2001;104(17):2018-23. doi: 10.1161/hc4201.097940. PMID: 11673339.
20. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Поросова Г.В., Деев А.Д., Шальнова С.А., Колтунов И.Е., Ромасенко Л.В. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА. *Кардиология*. 2007;47(10):24-30. eLIBRARY ID: 21984564
21. Versteeg H, Hoogwegt MT, Hansen TB, Pedersen SS, Zwisler AD, Thygesen LC. Depression, not anxiety, is independently associated with 5-year hospitalizations and mortality in patients with ischemic heart disease. *J Psychosom Res*. 2013;75(6):518-25. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.005
22. Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*. 2000;83(6):641-4. DOI: 10.1136/heart.83.6.641
23. de Melo Ghisi GL, Oh P, Thomas S, Benetti M. Development and validation of an English version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q). *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(2):291-300. doi: 10.1177/2047487312437061

Информация об авторах

Кабаргина Аксиния Игоревна, аспирант кафедры кардиологии сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России; врач-кардиолог ГБУЗ Волгоградский областной клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия. ORCID: 0000-0003-4322-8112. E-mail: kabargina.a.i@gmail.com.

Лопатин Юрий Михайлович, д.м.н., проф., зав. кафедрой кардиологии сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России; зав. первым кардиологическим отделением ГБУЗ Волгоградский областной клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия. ORCID: 0000-0003-1943-1137

Information about the authors

Aksiniya I. Kabargina, Volgograd State Medical University; Volgograd Regional Clinical Cardiology Center, Volgograd, Russia. ORCID: 0000-0003-4322-8112. E-mail: kabargina.a.i@gmail.com.

Yurii M. Lopatin, Dr. Sci. (Med.), Prof., Volgograd State Medical University; Volgograd Regional Clinical Cardiology Center, Volgograd, Russia. ORCID: 00000003-1943-1137.

Получено / Received: 28.07.2021

Принято к печати / Accepted: 09.08.2021