

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ФОРМЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Айрапетян М. А., Лучинкина Е. Е., Гордеев И. Г., Таратухин Е. О.

Цель. Изучить особенности психоэмоционального состояния пациентов среднего возраста с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST в период 6 месяцев после госпитализации.

Материал и методы. Включен 101 пациент с ОКС без подъема сегмента ST с неструктурным поражением коронарного русла. Группы были сформированы по полу: группа 1 — 51 женщина, группа 2 — 50 мужчин. Средний возраст женщин 50,5±4,7 лет, мужчин 46,7±6,8 лет. Пациенты были распределены в зависимости от исхода ОКС без подъема сегмента ST: подгруппа А — больные с нестабильной стенокардией (НС), подгруппа В — с инфарктом миокарда. Пациенты были опрошены по телефону спустя полгода после выписки из стационара. Опросник включал в себя основные показатели состояния здоровья, эмоционального баланса, физической активности, качества жизни.

Результаты. Имеются половые различия в компонентах качества жизни между мужчинами и женщинами. При опросе о самочувствии 6% в группе женщин ответили, что недовольны своим состоянием, в группе мужчин 2%; удовлетворительно себя чувствуют — 27% женщин и 38% мужчин, хорошо — 47% и 46%, отлично — 20% и 14%, соответственно. Сохранили свою физическую активность на работе 45% в группе 1 и 32% в группе 2, в то время как активный образ жизни ведут 47% женщин и 42% мужчин. Мужчины чаще были подвержены чувству безнадежности (43% и 12%; $p<0,01$), тогда как женщины больше указывали на раздражительность и бессонницу (35% и 28%, $p>0,05$) и недовольны были своим душевным состоянием (31% и 6%; $p<0,05$). В обеих группах пациенты переживали отсутствие смысла жить, женщины — несколько больше (7% и 4%; $p>0,05$), в свою очередь, мужчины отмечали потерю интереса к привычным вещам (13% и 22%; $p>0,05$). Также были показаны различия по типу ОКС.

Заключение. Несмотря на индивидуальность понятий качества жизни, переживания, совладания с болезнью, можно выделить особенности по половому признаку, как и в зависимости от течения ОКС без подъема ST. Такие особен-

ности могут стать частью пациент-центрированной работы с больными после перенесенного коронарного события.

Российский кардиологический журнал 2017, 8 (148): 31–35
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-8-31-35>

Ключевые слова: инфаркт миокарда, гендерные особенности, ИБС у женщин, качество жизни, психоэмоциональный статус, факторы риска, пациент-центрированная медицина.

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Айрапетян М. А.* — кардиолог, аспирант кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета, Лучинкина Е. Е. — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета, Гордеев И. Г. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета, Таратухин Е. О. — к.м.н., магистр психологии, доцент кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
 19ama@mail.ru

ИМ — инфаркт миокарда, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ОКС — острый коронарный синдром, НС — нестабильная стенокардия.

Рукопись получена 13.07.2017

Рецензия получена 24.07.2017

Принята к публикации 31.07.2017

LIFE QUALITY OF PATIENTS ACCORDING TO GENDER AND THE FORM OF NON-ST-ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME

Ayrapetian M. A., Luchinkina E. E., Gordeev I. G., Taratukhin E. O.

Aim. To assess the specifics of psychoemotional state of adult patients with non ST elevation acute coronary syndrome (NSTEMACS) in 6 months post hospitalization.

Material and methods. Totally, 101 patient included, with non-obstructive lesion of coronary flow. Groups were formed by gender: group 1 — 51 females, group 2 — 50 males. Mean age: women 50,5±4,7 y.o., men 46,7±6,8 y.o. Patients were also selected to subgroups by NSTEMACS type: subgroup A — unstable angina (UA), subgroup B — myocardial infarction. Patients were questioned by phone in 6 months after discharge. The questionnaire included key points about health, emotional balance, physical activity and life quality.

Results. There are gender differences in life quality constituents between men and women. In questions on general health state 6% of women replied that are not satisfied with their health, in men — 2%; satisfactorily graded their health state 27% of women and 38% of men, good — 47% and 46%, excellent — 20% and 14%, respectively. Pre-morbid physical activity at work was saved in 45% of men and 32% of women; active life style retained 47% of women and 42% of men. Men more often felt hopelessness (43% and 12%; $p<0,01$), as women mostly pointed on irritability

and sleeplessness (35% and 28%; $p>0,05$) and were unsatisfied with their psychological state (31% and 6%; $p<0,05$). In both groups patients experienced the feeling of lost worth of living, women — more often (7% and 4%; $p>0,05$), however men noted loss of interest to former habits (13% and 22%; $p>0,05$). The specifics in subtypes of NSTEMACS was also noted.

Conclusion. Regardless an individuality of the meanings of life quality, experiences, coping, there is gender specifics, as specifics in NSTEMACS subtype. The specifics can be included as a part of patient-centered work with post-ACS patients.

Russ J Cardiol 2017, 8 (148): 31–35

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-8-31-35>

Key words: myocardial infarction, gender differences, CHD in women, life quality, psychoemotional state, risk factors, patient-centered medicine.

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia.

Психоэмоциональное состояние, ключевой компонент качества жизни, сугубо индивидуально и вряд ли может быть полноценно измерено какими-либо обобщающими способами. Понимание переживаний паци-

ента после острого коронарного синдрома (ОКС), особенностей его проблем, сомнений, тревог относительно своего состояния обнаруживаются врачом при беседе, во время врачебного интервью. Дальнейшая

работа требует умений со стороны врача подойти индивидуально к проблемам своего больного [1]. Индивидуальная работа важна, однако её можно выполнять только через понимание общих психологических процессов, происходящих с больным. Для этого существует ряд стандартных методик, позволяющих оценить основные аспекты качества жизни, включая психоэмоциональные его компоненты, и сделать выводы.

Проблема качества жизни в области кардиологии изучается интенсивно. Наиболее исследованной областью является инфаркт миокарда (ИМ). К примеру, Wacheder, et al. (2016) рассматривали качество жизни после ИМ, связанного с эпизодом остановки кровообращения и реанимацией [2]. Anchah, et al. (2017) рассматривали проблему первой фазы кардиореабилитации — её влияние на дальнейшее качество жизни больных [3]. Zhang, et al. (2017) изучали феномен “выгорания” у пациентов, вовлечённых в физическую реабилитацию после ОКС [4]. Однако в литературе реже рассматриваются половые и гендерные аспекты качества жизни после ОКС, в частности, относительно характера поражения коронарного русла. Специфика и тяжесть поражения, безусловно, оказывают влияние на клиническое течение заболевания. Ранее нами была рассмотрена проблема неполной реваскуляризации у пациентов с ишемической болезнью сердца [5]. В настоящем исследовании целью было изучить половые особенности некоторых компонентов качества жизни пациентов после ОКС без подъёма сегмента ST в среднесрочной перспективе (6 месяцев) после госпитализации.

Материал и методы

В исследование был включен 101 пациент с ОКС без подъёма сегмента ST с необструктивным поражением коронарного русла. Группы были сформированы по половому признаку: группа 1 — 51 женщина, группа 2 — 50 мужчин. Средний возраст составил у женщин $50,5 \pm 4,7$ лет (от 33 до 55 лет), у мужчин

$46,7 \pm 6,8$ лет (от 29 до 55 лет). Далее пациенты были распределены в зависимости от исхода ОКС без подъёма сегмента ST: подгруппа А включала больных с нестабильной стенокардией (НС), подгруппа В — с инфарктом миокарда (табл. 1).

Пациенты были опрошены по телефону спустя полгода после выписки из стационара. Опросник качества жизни включал в себя основные показатели состояния здоровья, эмоционального баланса, физической активности, качества жизни. Опросник составлен на основании методических рекомендаций по обеспечению физической активности граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья (под редакцией С.А. Бойцова), на основе анкеты качества жизни SF-36 и госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Zigmond-Snaith). Опросник одобрен Этическим комитетом РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета программного обеспечения StatSoft Statistica v.6.0. Определение статистической значимости межгрупповых различий проводилось по критериям Манна-Уитни ($p < 0,05$ при $U \leq 1032$; $p < 0,01$ при $U \leq 932$) и Фишера ($p < 0,05$ при $\phi \geq 1,64$; $p < 0,01$ при $\phi \geq 2,28$).

Результаты

Оценка качества жизни у пациентов группы 1 и группы 2. При опросе о самочувствии 6% в группе женщин ответили, что недовольны своим состоянием, в группе мужчин 2%; удовлетворительно себя чувствуют — 27% против 38%, хорошо — 47% против 46%, отлично — 20% против 14%, соответственно. При этом, отметили улучшение состояния на фоне приема терапии за полгода 69% в группе 1 и 52% в группе 2 ($\phi = 1,87$; $p < 0,05$), таблица 2.

Сохранили свою физическую активность на работе 45% в группе 1 и 32% в группе 2, в то время как активный образ жизни ведут 47% пациентов в группе женщин и 42% в группе мужчин.

Таблица 1

Распределение исследованных пациентов на группы

Исход ОКС без подъема сегмента ST	Женщины, n (Группа 1)	Мужчины, n (Группа 2)	Всего
Нестабильная стенокардия, n (Группа А)	37	38	Группа А — 75
ИМ без подъема сегмента ST, n (Группа В)	14	12	Группа В — 26
Всего	Группа 1 — 51	Группа 2 — 50	

Таблица 2

Показатель качества жизни

Критерии/Группы	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Положительная динамика самочувствия
Группа 1	20%	47%	27%	69%
Группа 2	14%	46%	38%	52%

Таблица 3

Компоненты качества жизни у пациентов по половому признаку

Критерии/Группы	Чувство безнадежности	Недовольство душевным состоянием	Физическая боль	Отсутствие смысла жить
Группа 1	12%	31%	28%	7%
Группа 2	43%	6%	16%	4%

Таблица 4

Компоненты качества жизни у женщин в зависимости от формы ОКС

Критерии/Группа	Положительная динамика самочувствия	Неудовлетворенность душевным состоянием	Нехватка энергии	Потеря интереса к жизни
Группа 1А	67%	36%	65%	3%
Группа 1В	71%	29%	65%	10%

Обнаружено, что физическая активность за последние полгода уменьшилась в группе 1 у 11 пациентов, в группе 2 у 17 пациентов, что составило 22% против 34% ($\phi=0,89$). Тем не менее, 14% женщин и 12% мужчин отметили у себя более интенсивную физическую активность за последние 6 месяцев ($\phi=0,85$).

Мужчины чаще были подвержены чувству безнадежности (43% и 12%; $p<0,01$), в то время как женщины больше указывали на раздражительность и бессонницу (35% и 28%, $p>0,05$, соответственно) и недовольны своим душевным состоянием (31% и 6%; $p<0,05$). В группе 1 — 11% испытывали чувство тревоги, в группе 2 — 16%. Физическую боль ощущали 28% женщин и 16% мужчин. В отношении к течению жизни, мужчины реже задумывались об отсутствии смысла жить по сравнению с женщинами (4% и 7%, соответственно), таблица 3.

Характеристика качества жизни у пациентов женского пола в зависимости от формы ОКС без подъема сегмента ST. При оценке качества жизни у пациентов женского пола в зависимости от исхода ОКС без подъема сегмента ST показано, что плохо себя чувствовали на момент опроса 5% в группе 1А и 7% в группе 1В, удовлетворительно — 30% против 21%, хорошо — 41% против 64%, отлично — 24% против 7%. Высокая активность на работе была у 52% в группе НС и у 28% в группе ИМ без подъема сегмента ST. Увеличили физическую активность в свободное время 54% в группе 1А и 28% в группе 1В, в то время как 22% и 29%, наоборот, считают, что болезнь поспособствовала снижению активности.

В группе ИМ без подъема сегмента ST 71% пациентов и 67% в группе НС довольны своим самочувствием в сравнении с моментом первичной госпитализации, однако 29% против 36% не удовлетворены своим душевным состоянием, из них 27% и 28% испытывали физическую боль. Чувствовали усталость, нехватку энергии и быструю утомляемость в каждой группе в равных значениях — 65%, беспричинное беспокойство и чрезмерная раздражитель-

ность были у 25% в группе НС и 28% в группе ИМ без подъема сегмента ST. Ощущали вину перед собой и близкими 8% против 11%, соответственно. Потерю интереса к жизни отметили 10% пациенток после ИМ, в то время как среди пациенток с НС — 3% ($\phi=1,67$; $p<0,05$), таблица 4.

Характеристика качества жизни у пациентов мужского пола в зависимости от формы ОКС без подъема сегмента ST. При оценке качества жизни у пациентов мужского пола в зависимости от исхода ОКС без подъема сегмента ST, показано, что плохое самочувствие на момент опроса было только в группе 2А — 3%; удовлетворительно себя чувствовали 39% в группе 2А и 33% в группе 2В при $p>0,05$, хорошо — 39% и 67% ($\phi=1,67$; $p<0,05$), ответ “отлично” дали только пациенты группы 2А — 19% ($\phi=2,68$; $p<0,01$). Интенсивная физическая активность на работе отмечалась в группе ИМ без подъема сегмента ST (33% и 31%), однако активность в свободное время между группами не различалась. Положительную динамику активности на фоне приема терапии отметили 50% в группе 2А и 59% в группе 2В.

Своим душевным состоянием были обеспокоены 5% пациентов с нестабильной стенокардией и 8% с ИМ без подъема сегмента ST, однако 29% в группе 2А и больше половины в группе 2В (85%) были “в гармонии со своим внутренним миром” ($\phi=3,07$; $p<0,01$).

Группа ИМ без подъема сегмента ST чаще была подвержена чувству безнадежности — 17% против 9%, в то время как чувство постоянной тревоги чаще беспокоило пациентов с нестабильной стенокардией: 18% против 11%. Проблемы с бессонницей и ощущением нехватки энергии в течение дня были реже в группе 2В (5% против 12%), тем не менее, они имели более глубокие проблемы, приводящие к размышлениям об отсутствии смысла жить — 4% ($\phi=1,74$; $p<0,05$).

Оценка качества жизни у пациентов с нестабильной стенокардией. Сравнивая две группы с нестабильной стенокардией, отличающиеся по половому признаку, стало известно, что плохо себя чувствовали 5%

Таблица 5

Компоненты качества жизни у пациентов при ИМ без подъёма ST

Критерии/Группы	Низкая физическая активность	Активный образ жизни	Положительная динамика самочувствия	Неудовлетворенность душевным состоянием
Группа 1В	57%	28%	78%	36%
Группа 2В	50%	33%	59%	8%

в группе женщин и 3% в группе мужчин, удовлетворены были своим состоянием здоровья 30% и 39%, хорошо себя чувствовали — 41% и 39%, отлично — 24% и 19%. Низкая физическая активность была почти у половины пациентов в обеих группах — 40% в группе 1А и 58% в группе 2А, но при этом активный образ жизни в свободное время стал выбором 55% и 31%, в том числе, были и пациенты, которые изменили свой образ жизни в связи с перенесенным заболеванием: 35% и 43%.

Отметили тенденцию к улучшению самочувствия на фоне приема медикаментозной терапии 65% в группе женщин и 50% в группе мужчин. Тем не менее, были те, кто был недоволен своим душевным и физическим состоянием 29% и 5% ($\phi=2,46$; $p<0,01$). Женщины чаще были подвержены раздражительности — 31% и 14%, однако потеря интереса к привычным вещам выше была у мужчин — 22% и 13%.

Оценка качества жизни у пациентов с ИМ без подъема сегмента ST. В ходе оценки результатов по ИМ без подъема сегмента ST стало известно, что плохое самочувствие отметили только 7% пациентов в группе 1В, удовлетворительно — 33% против 21%, хорошо — 67% против 64%, и 8% пациентов в группе женщин были полностью довольны своим самочувствием. В группе мужчин половина пациентов была подвержена низкой физической активности 50% против 57%, однако активный образ жизни в свободное время выбирали 33% в группе мужчин и 28% в группе женщин. В то же время, с точки зрения физической нагрузки, перенесенное заболевание в меньшей степени повлияло на женщин — 14% против 17%. Отметили улучшение самочувствия на фоне терапии 78% в группе женщин и 59% в группе мужчин, при этом боль периодически испытывали 28% женщин ($p<0,01$), они же не были довольны своим душевным состоянием 36% против 8% ($\phi=2,45$; $p<0,01$), таблица 5.

Обсуждение

Переживания, входящие в психоэмоциональное состояние пациентов, обычно остаются неизвестны врачам. Мы провели анализ, посвященный первым шести месяцам от первичной госпитализации — этот период для пациентов среднего возраста является тяжелым с психологической и социальной точки зрения. Обнаруженные особенности переживаний мало

совпадают с привычным образом — гендерным стереотипом. В женщине априори видят эмоционально лабильную персону, которая не скрывает своих внутренних переживаний, однако в ходе работы показано, что мужчины не реже женщин испытывают чувство безнадежности, которое приводит их к душевному неравновесию. Это связано с ответственностью за свою семью и страхом физической нетрудоспособности. В то же время, мужчины меньше, чем женщины, поддавались мыслям об отсутствии смысла жить. В свою очередь, женщины готовы были изменить свой образ жизни для борьбы с факторами риска, приводящими к заболеванию, но такие внутренние проблемы, как чувство вины перед своими близкими, приводили женщин к бессоннице и беспокойству.

При оценке данных по форме ОКС без подъема сегмента ST, нестабильная стенокардия, более “благоприятное” состояние, не всегда протекает в эмоциональном плане спокойно. Показано, что в большей степени нестабильная стенокардия ведет за собой чувство постоянной тревоги, чрезмерную раздражительность и потерю интереса к привычным вещам. В то же время, мысль об отсутствии смысла жить возникает у пациентов с ИМ без подъема сегмента ST.

Учитывая факт, что заболевания сердечно-сосудистой системы стремительно “молодеют”, всё больше пациентов трудоспособного возраста переносит ОКС. Их задача как можно скорее вернуться к своему привычному образу жизни, однако внутренняя борьба со своей болезнью не дает возможность повысить качество жизни. Хотя выборка нашего исследования ограничена, результаты указывают на то, что психоэмоциональная сторона не менее важна, чем подбор правильной медикаментозной терапии и оказание высококвалифицированной помощи. Именно то, что происходит с пациентом в рамках понимания своего заболевания и эмоционального его переживания, может способствовать достаточной приверженности к терапии и совместной с врачом конструктивной работе против болезни.

Полученные результаты подтвердили, что проблема психоэмоционального статуса нуждается в более глубоком изучении и в дальнейшем анализе, что позволит разработать определенный подход к индивидуализированному методу психологической помощи пациентам среднего возраста после сердечно-сосудистого события.

Литература

1. Taratukhin EO, Kudinova MA, Shaydyuk OYu, et al. Person-Centered Interview as a Tool for Clinical Work in Myocardial Infarction Setting. Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16 (1): 34-9. doi:10.15829/1728-8800-2017-1-34-39 (Russian: Таратухин ЕО, Кудинова МА, Шайдук ОЮ и др. Человекоцентрированное интервью как инструмент клинической работы с больными инфарктом миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16 (1): 34-9)
2. Wachelder EM, Moolaert Vmp, van Heugten C, et al. Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. Resuscitation, 2016; 10981-6. doi:10.1016/j.resuscitation.2016.09.025
3. Anchah L, Hassali MA, Lim MS, et al. Health related quality of life assessment in acute coronary syndrome patients: the effectiveness of early phase I cardiac rehabilitation. Health and quality of life outcomes, 2017; 15 (1): 10. doi:10.1186/s12955-016-0583-7
4. Zhang M, Shi YK, Yang YF, et al. Burnout is associated with poor recovery of physical performance and low quality of life in patients after their first episode of acute coronary syndrome: A hospital-based prospective cohort study. International Journal of Cardiology, 2017; 227503-7. doi:10.1016/j.ijcard.2016.10.114
5. Semiokhina AS, Taratukhin EO, Bayandin NL, et al. Life Quality in One Year after Myocardial Infarction with Incomplete Revascularization. Russian Journal of Cardiology, 2017; 1: 102-5. doi:10.15829/1560-4071-2017-1-102-105 (Russian: Семиохина АС, Таратухин ЕО, Баяндин НЛ и др. Качество жизни у пациентов после перенесённого инфаркта миокарда с неполной реваскуляризацией. Российский кардиологический журнал, 2017; 1: 102-5)

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Представительство Президента РФ в Северо-Кавказском федеральном округе России
Администрация Главы Республики Дагестан
Министерство здравоохранения Республики Дагестан
Дагестанский государственный медицинский университет
Ассоциация кардиологов и терапевтов Кавказа
Фонд содействия развитию кардиологии "Кардиопрогресс"
Дагестанское научное медицинское общество терапевтов
Дагестанское республиканское отделение РКО

**VII НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ КАВКАЗА, ПОСВЯЩЕННАЯ 85-ЛЕТИЮ
ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

18-19 октября 2017 года

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в VII научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа, которая состоится в г. Махачкала, улица Абдулы Алиева, дом 1 (биологический и морфологический корпуса Дагмедуниверситета) и в г. Дербент, ул. Буйнакского, дом 43 (ЦГБ Дербента).

В рамках конференции планируется издание сборника тезисов.

Адрес Оргкомитета:

101990, г. Москва, Петроверигский пер., д. 10, каб. 261. Мамедов Мехман Ниязиевич, д.м.н., профессор. Тел.: 89262283309, 8 (499) 5536903. E-mail: mmamedov@mail.ru

Республика Дагестан, 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1. Дагмедуниверситет. Омарова Джамила Авадзиевна, к.м.н., доцент, заместитель Председателя ДНМОТ. Тел. 89882913519. E-mail: domarova@yandex.ru

Регистрационную форму необходимо выслать в Оргкомитет до 10 октября 2017г на электронный адрес: registraciya.cardio@gmail.com