

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И БЕЗ НЕЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Литвиненко Р.И.¹, Гайдук С.В.¹, Бугаев П.А.¹, Суржиков П.В.¹, Язенок А.В.¹

¹ФГБ ВОУ ВПО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, e-mail: litvius@yandex.ru

Изучено качество жизни переболевших COVID-19 пациентов, страдающих и не страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), через 3–6 месяцев после стационарного лечения. Установлено, что пациенты с ИБС более склонны к развитию постковидного синдрома по сравнению с пациентами без ИБС. При оценке по шкале SF-36 и ее субшкалам в обеих группах пациентов, переболевших COVID-19, отмечается снижение показателей качества жизни по сравнению с популяцией. По показателям субшкал, отражающих параметры физического здоровья лиц, переболевших COVID-19, получены статистически значимые различия между группами пациентов с ИБС и без таковой. Эти данные косвенно подтверждаются результатами оценки шкалы астении MFI-20, где у пациентов с ИБС также отмечались худшие показатели по субшкалам общей астении и пониженной активности. По шкале HADS статистически значимых отличий в группах выявлено не было. Таким образом, для всех пациентов после перенесенного COVID-19 характерны снижение качества жизни, а также развитие астении, которая сохраняется, как минимум, на протяжении 3–6 месяцев. При этом у пациентов, страдающих ИБС, зарегистрированы более низкие показатели по физическому здоровью. Полученные данные следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий и дальнейшем динамическом наблюдении за данной когортой переболевших.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца (ИБС), COVID-19, SARS-CoV-2, SF-36, MFI-20, HADS, качество жизни.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH AND WITHOUT CORONARY HEART DISEASE AFTER UNDERGOING COVID-19

Litvinenko R.I.¹, Gayduck S.V.¹, Bugaev P.A.¹, Surjikov P.V.¹, Yazenok A.V.¹

¹Medical military academy of S.M. Kirov Russia Defense Ministry, Saint-Petersburg, e-mail: litvius@yandex.ru

The quality of life of COVID-19 patients suffering from and not suffering from coronary heart disease (CHD) was studied 3–6 months after inpatient treatment. It has been found that patients with coronary artery disease are more prone to developing postcovid syndrome compared to patients without coronary artery disease. When evaluated on the SF-36 scale and its subscales, in both groups of patients who have had COVID-19, there is a decrease in quality of life indicators compared to the population. Statistically significant differences between groups of patients with and without coronary artery disease were obtained according to subscale indicators reflecting the parameters of the physical health of those who had been ill with COVID-19. These data are indirectly confirmed by the results of the evaluation of the MFI-20 asthenia scale, where patients with coronary heart disease also had worse indicators for the subscales of general asthenia and decreased activity. According to the HADS scale, there were no significant differences in the groups. Thus, all patients after COVID-19 are characterized by a decrease in the quality of life, as well as the development of asthenia, which persists for at least 3-6 months. At the same time, patients suffering from coronary heart disease have lower indicators of physical health. The data obtained should be taken into account when carrying out rehabilitation measures and further dynamic monitoring of this cohort of patients.

Keywords: coronary heart disease (CHD), COVID-19, SARS-CoV-2, SF-36, MFI-20, HADS, quality of life.

С 11 марта 2020 года по 5 мая 2023 года во всем мире продолжалась пандемия COVID-19. За это время на планете переболели около 700 млн человек, из них около 7 млн умерли. Несмотря на существенное снижение заболеваемости в течение последнего года, в настоящее время более 21 млн человек продолжают болеть COVID-19 [1]. При этом отмечено, что, если в первые 2 года пандемии стационарно от данной патологии лечились пациенты разных возрастных групп и часто без коморбидных патологий, то сегодня большая часть

госпитализированных лиц – это пациенты, имеющие такие сопутствующие заболевания, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет и ожирение [2].

После перенесенного острого COVID-19 у ряда пациентов наблюдается развитие так называемого постковидного синдрома, его встречаемость оценивается в 10–35% у лиц, проходивших амбулаторное лечение, в то время как у лечившихся стационарно он может достигать 85% [3, 4]. В настоящее время постковидный синдром определяется как симптомокомплекс, развившийся во время или после заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией, продолжающийся более 12 недель и не являющийся следствием альтернативного диагноза. Данное состояние может сохраняться от 2 месяцев до, как минимум, 2 лет. Эта проблема приобрела важное клиническое и социальное значение, так как ее последствия вынуждают людей ограничивать свою социальную активность, снижают трудовую деятельность. Ее последствия во многом сравнимы с самой пандемией COVID-19 [5].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных постковидному синдрому, остается много вопросов относительно факторов, способствующих его развитию (возраст, гендерные различия, полиморбидная патология и др.). Значительный разброс частоты выявляемых симптомов может быть обусловлен как различием во времени, прошедшем после COVID-19, так и исследованием частоты клинических проявлений без учета тяжести течения, наличия коморбидной патологии и интенсивности лечения в острый период. По мнению ряда авторов, постковидный синдром чаще развивается у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, хотя единой позиции по данному вопросу до сих пор не выработано [6]. Следует отметить, что указанное состояние сопровождается значительным снижением качества жизни.

Известно, что COVID-19 является кардиотропным вирусом. Показано, что он может способствовать развитию различных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы как у пациентов с ИБС, так и без нее. Известно, что вероятность развития нарушений ритма сердца у переболевших в 8 раз выше, чем в группе сравнения, и в 4 раза превышает вероятность нарушений функций сердечно-сосудистой системы по сравнению с другими респираторными патогенами [7]. Помимо этого, COVID-19 может оказывать влияние и на другие органы и системы, вызывая ряд заболеваний и состояний.

Однако все это не дает полного представления о влиянии заболевания на жизнь больного. Такие аспекты, как физическое состояние, эмоциональный, психологический и социальный статус, с начала 1980-х годов начали объединять в понятие «качество жизни». Качество жизни, по определению ВОЗ, – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном

восприятию. Показатели качества жизни, так же как и характеристика картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществить мониторинг проводимого лечения и в случае необходимости проводить его коррекцию. В настоящее время изучение показателей качества жизни не только превратилось в предмет научных исследований, но и является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья человека на индивидуальном и групповом уровнях [8].

Понимание результатов оценки показателя качества жизни, связанного со здоровьем у пациентов после COVID-19, является важным шагом в определении полной и объективной картины состояния здоровья после перенесенного острого заболевания. С целью объективизации данного параметра возможно использование различных шкал и опросников [9]. Чаще всего для оценки связи состояния здоровья и качества жизни используется форма SF-36 (краткая форма оценки здоровья), включающая 8 шкал: 1) ФА (физическая активность) – оценка повседневной физической нагрузки; 2) РФ (роль физического фактора) – оценка влияния проблем со здоровьем на ограничение повседневной деятельности за последние 4 недели; 3) ФБ – физическая боль и степень ее влияния на ограничение активности за последние 4 недели; 4) ОЗ – общее здоровье (на момент опроса); 5) ЖС (жизненная сила) – оценка своей энергичности; 6) СА – социальная активность за последние 4 недели; 7) РЭ – роль эмоционального фактора за последние 4 недели; 8) ПЗ – психическое здоровье за последние 4 недели [10].

Наиболее частым и длительно существующим состоянием у пациентов, перенесших COVID-19, является астенический синдром [11]. Для экспресс-диагностики данного состояния может применяться субъективная шкала оценки астении MFI-20, включающая 20 вопросов. Помимо общей суммы баллов по результатам шкалы MFI-20, характеризующей общую выраженность астенического синдрома, анализ субшкал позволяет провести отдельную оценку параметров общей астении (ОА), пониженной активности (ПонА), снижения мотивации (СМ), физической астении (ФА) и психической астении (ПсиА). Стоит отметить, что у значительной части пациентов после перенесенного COVID-19 наблюдались явления тревоги и депрессии. С целью их верификации наиболее часто используется госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [12]. В клинической практике были попытки использования и других шкал оценки качества жизни пациентов после COVID-19, но они не получили широкого распространения [13].

Цель исследования

Оценка основных параметров качества жизни у пациентов, страдающих и не страдающих ИБС после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы исследования

Всего в исследование были включены 265 пациентов: 60 женщин (22,6%) и 205 мужчин (77,4%), проходивших стационарное лечение от COVID-19. У 39 человек (14,7%) заболевание протекало в легкой степени тяжести, у 173 (65,3%) – в средней степени тяжести, а у 53 пациентов (20%) COVID-19 носил тяжелое течение. Через 3–6 месяцев после острого COVID-19 указанным лицам проводилось обследование, одной из целей которого являлась оценка качества жизни после перенесенного COVID-19 с помощью опросника SF-36, а также шкал оценки астении (MFI-20), тревоги и депрессии (HADS). Средний возраст обследуемых составил 50,2 года. У 114 (43%) пациентов в ходе текущего исследования или ранее была верифицирована ИБС, у 151 (57%) данный диагноз установлен не был. У пациентов с верифицированной ИБС средний возраст составил 65,3 года, без ИБС – 39 лет.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.10 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро–Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова–Смирнова (при числе исследуемых более 50). Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95%-ного доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Результаты исследования и их обсуждение

Характеристика пациентов с ИБС и без нее по степени тяжести перенесенного COVID-19 представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика пациентов с ИБС и без нее по степени тяжести перенесенного COVID-19

Показатель	Пациенты с ИБС, n (%)	Пациенты без ИБС, n (%)
Легкое течение	4 (3,5%)	35 (23,2%)
Средней степени тяжести	83 (72,8%)	90 (59,6%)
Тяжелое течение	27 (23,7%)	26 (17,2%)
Постковидный синдром	75 (65,7%)	76 (50,3%)

При оценке полученных результатов обращают на себя внимание в целом более тяжелое течение новой коронавирусной инфекции в группе пациентов с ИБС, чем без нее, а

также более частая встречаемость постковидного синдрома у пациентов, страдающих ИБС, по сравнению с группой больных, не страдающих данной патологией.

Результаты обследования пациентов по шкалам SF-36, MFI-20 и HADS представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты обследования пациентов по шкалам SF-36, MFI-20 и HADS

Показатели	По наличию ИБС	N (%)	M ± SD / Me	95% ДИ / Q ₁ – Q ₃	min	max	р
SF36 Физический компонент	с ИБС	114	40	31 – 59	21	83	0,003
	без ИБС	151	63	52 – 75	21	85	
SF36 Психический компонент	с ИБС	114	53 ± 19	49 – 56	18	88	0,106
	без ИБС	151	60 ± 17	57 – 62	29	88	
SF36 ФА	с ИБС	114	64	54 – 70	40	90	0,0008
	без ИБС	151	75	67 – 82	41	90	
SF36 РФ	с ИБС	114	50	30 – 74	15	90	0,216
	без ИБС	151	53	34 – 72	15	89	
SF36 ФБ	с ИБС	114	83	75 – 91	60	100	0,573
	без ИБС	151	80	68 – 89	60	100	
SF36 ОЗ	с ИБС	114	51 ± 18	47 – 54	20	90	0,034
	без ИБС	151	64 ± 15	62 – 67	25	90	
SF36 ЖС	с ИБС	114	49 ± 17	46 – 52	20	89	0,892
	без ИБС	151	57	43 – 69	20	90	
SF36 СА	с ИБС	114	34	22 – 48	10	69	0,943
	без ИБС	151	41 ± 17	38 – 44	10	70	
SF36 РЭ	с ИБС	114	59	50 – 72	40	90	0,361
	без ИБС	151	63	52 – 78	29	90	

SF-36 ПЗ	с ИБС	114	56 ± 15	53 – 59	30	85	0,441
	без ИБС	151	60	46 – 73	30	89	
MFI-20 опросник общий	с ИБС	114	52	42 – 57	24	67	0,171
	без ИБС	151	38	29 – 47	21	63	
MFI-20 ОА	с ИБС	114	12	9 – 14	4	18	0,043
	без ИБС	151	8	5 – 10	4	15	
MFI-20 ПоНА	с ИБС	114	12	9 – 13	4	17	0,012
	без ИБС	151	7	5 – 11	4	15	
MFI-20 СМ	с ИБС	114	8	7 – 9	4	13	0,166
	без ИБС	151	8	6 – 9	4	12	
MFI-20 ФА	с ИБС	114	11	9 – 12	4	15	0,788
	без ИБС	151	8	5 – 10	4	15	
MFI-20 ПсиА	с ИБС	114	8	7 – 9	4	11	0,241
	без ИБС	151	8	6 – 9	4	13	
HADS опросник тревога	с ИБС	114	7	6 – 9	2	14	0,731
	без ИБС	151	7	5 – 8	3	12	
HADS опросник депрессия	с ИБС	114	7	5 – 10	4	16	0,311
	без ИБС	151	6	5 – 8	3	14	

При оценке результатов опросника SF-36 отмечены более низкие показатели по субшкалам как у пациентов с ИБС, так и без таковой, по сравнению с данными стандартизированных популяционных значений для конкретной возрастной группы [14]. В целом согласно данным опросника SF-36 отмечены более низкие показатели качества жизни в группе пациентов с ИБС по сравнению с результатами пациентов, не страдающих ИБС, при этом статистически значимые различия получены при оценке показателей физического компонента в целом, физической активности, а также общего здоровья. Показатели психического здоровья статистически значимых отличий не имели.

При анализе результатов по шкале оценки астении MFI-20 высокие показатели зарегистрированы как в группе с ИБС, так и без нее. Обращает на себя внимание, что у всех исследуемых больных показатель по данной шкале был более 20, что говорит о наличии астении в той или иной степени выраженности у всех обследуемых. При этом статистически

значимые отличия показателей между группами пациентов, страдающих и не страдающих ИБС, зарегистрированы в субшкалах, оценивающих общую астению и пониженную активность.

При интерпретации опросника тревоги и депрессии HADS было отмечено отсутствие статистически значимых различий в результатах пациентов, страдающих и не страдающих ИБС.

Выводы

1. Установлено, что лица, страдающие ИБС, по сравнению с пациентами без ИБС более склонны к более тяжелому течению COVID-19, а также к развитию постковидного синдрома.

2. При оценке по шкале SF-36 и ее субшкалам в обеих группах пациентов, переболевших COVID-19, отмечается снижение показателей качества жизни по сравнению с популяцией, как минимум, на протяжении 3–6 месяцев. В целом, не получено статистически значимых отличий в показателях психического здоровья для пациентов с ИБС и без нее. При этом по показателям субшкал, отражающих параметры физического здоровья лиц, переболевших COVID-19, получены статистически значимые различия между группами пациентов с ИБС и без таковой. Эти данные косвенно подтверждаются результатами оценки шкалы астении MFI-20, где у пациентов с ИБС также отмечались худшие показатели по субшкалам общей астении и пониженной активности. По шкале HADS статистически значимых отличий в группах выявлено не было.

3. Полученные данные следует учитывать при проведении диспансеризации, а также реабилитационных мероприятий и дальнейшем динамическом наблюдении за данной когортой переболевших. В частности, для пациентов с ИБС необходимо особое внимание уделить физической реабилитации после COVID-19, а также медикаментозной коррекции течения общесоматической патологии.

Список литературы

1. Reported Cases and Deaths by Country or Territory. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries> (дата обращения: 30.10.2023).
2. Вёрткин А. Л., Аскарлов А. Р., Зайратьянц О. В., Рудницкая М. А. Коморбидные заболевания и структура летальности больных с новой коронавирусной инфекцией // Лечащий Врач. 2022. № 7-8. С. 10-13.

3. Айтбаев К.А., Муркамилов И.Т., Муркамилова Ж.А., Фомин В.В., Кудайбергенова И.О., Юсупов Ф.А. Постковидный синдром: частота, клинический спектр и проблемы для амбулаторной службы // Практическая медицина. 2021. № 5. С. 15-20.
4. Гамаюнов Д.Ю. Постковидный синдром и хроническая сердечная недостаточность: актуальные вопросы // Доктор.Ру. 2022. Т. 21. № 6. С. 13-18. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-6-13-18.
5. Асфандиярова Н.С., Филиппов Е.В., Демихов В.Г., Дашкевич О.В., Якубовская А.Г., Мосейчук К.А., Журавлева Н.С., Куликов С.А. Клинические проявления постковидного синдрома // РМЖ. Медицинское обозрение. 2022. № 6. С. 612-617.
6. Carfi A., Bernabei R., Landi F., Gemelli. Persistent symptoms in patients after acute Covid-19 // JAMA. 2020. № 324. P. 603-605. DOI: 10.1001/jama.2020.12603.
7. Mendelson M., Nel J., Blumberg L., Madhi SA., Dryden M., Stevens W. et al. Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact // S. Afr. Med. J. 2020. № 111. P. 10-12. DOI: 10.7196/SAMJ.2020.v111i11.15239.
8. Жумамбаева Р.М., Жумамбаева С.М., Касымова А.К., Мадрахимова Ж.С. Качество жизни больных, перенесших Ковид-19 // Астана медициналық журналы. 2021. № 4. С. 28-35.
9. Аюпова И.И., Проценко Д.Н., Кобякова О.С., Тарбастаев А.Г., Тюфилин Д.С., Царанов К.Н. Показатели качества жизни, связанного со здоровьем как предикторы перевода пациентов с covid-19 в реанимационное отделение // Менеджер здравоохранения. 2022. № 9. С. 59-69.
10. Массальский Р.И. Исследование качества жизни населения Германии с помощью опросника SF-36 // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2-1. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=20564> (дата обращения: 30.10.2023).
11. Lopez-Leon S., Wegman-Ostrosky T., Perelman C. et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: A systematic review and meta-analysis // medRxiv. 2021. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250617v2> (дата обращения: 30.10.2023). DOI: 10.1101/2021.01.27.21250617.
12. Ешимбетова С.З., Распопова Н.И., Дуйсенова А.К., Курбан Х.М., Байхадамова З.Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с COVID-19 // Вестник КазНМУ. 2021. № 4. С. 176-181.
13. Мареев В.Ю., Беграмбекова Ю.Л., Мареев Ю.В. Как оценивать результаты лечения больных с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)? Шкала Оценки Клинического состояния (ШОКС-КОВИД) // Кардиология. 2020. Т. 60. № 11. С. 35-41.
14. Амирджанова В. Н., Горячев Д. В., Коршунов Н. И., Ребров А. П., Сороцкая В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового

исследования качества жизни «Мираж») // Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. С. 36-48.